

傷病者搬送証明願

平成 年 月 日

南十勝消防事務組合消防本部消防長 様

願出人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

下記のとおり救急車等で搬送したことを証明願います。

記

搬送(出動)日時 平成 年 月 日 () 時 分頃

出 動 場 所 _____

傷病者住所氏名 住所 _____

氏名 _____ 年 月 日生

住所 _____

氏名 _____ 年 月 日生

住所 _____

氏名 _____ 年 月 日生

搬送医療機関 _____

使 用 目 的 _____