

救急搬送証明願

年 月 日	
多度津町消防長	
殿	
申請者 住所 氏名	
印	
下記のとおり救急車により搬送したことを証明願います。 記	
搬送年月日	
発生場所	
事故種別	
搬送先	
氏名 患者	
生年月日	年 月 日生
証明番号 第 号	
上記のとおり相違ないことを証明する。	
年 月 日	
多度津町消防本部 消防長 阿河 弘次	