

救急車による搬送証明願

令和 年 月 日

益田地区広域市町村圏事務組合

消 防 長 様

申請者住所

氏 名

印

出場年月日 (時 分) 令和・平成 年 月 日 時 分

出 場 場 所

救 急 事 故 種 別

搬 送 傷 病 者 氏 名

搬 送 先 医 療 機 関

医 療 機 関 到 着 時 分

時

分

上記は、へ提出のため必要ですから
救急車により搬送されたことについて御証明ください。

様

上 記 の と お り 証 明 す る 。

令和 年 月 日

益田地区広域市町村圏事務組合

消 防 長