

救急搬送証明願

平成 年 月 日

匝瑳市横芝光町消防組合

様

次の救急事故について、救急搬送事実を証明願います。

1 救急事故概要(証明内容)

救急事故発生日時	年 月 日(曜日) 時 分頃		
救急事故発生場所			
傷病者	氏名・年齢	(歳)	
	住所		
搬送先医療機関			
搬送救急隊			

2 窓口に来た人

現住所			
氏名	Ⓜ 電話()		
職業			
搬送された傷病者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> 別居の親族(委任状が必要) <input type="checkbox"/> その他の人(委任状が必要)		
提出先及び利用目的			

3 窓口に来た人の確認方法

<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 官公庁発行の身分証明書 <input type="checkbox"/> 社員証及び学生証 <input type="checkbox"/> 貯金通帳 <input type="checkbox"/> その他()	※ 受付印
---	-------------------