

救急搬送証明願

年 月 日

小野市消防長様

届出者

住所

氏名

(患者との関係

印

)

下記のとおり搬送したことを、証明くださいますようお願いいたします。

記

出場日時		
傷病者	住所	
	氏名	
事故発生場所		
収容病院		
願出理由		