

# 救 急 搬 送 証 明 願

搬 送 日 時	
被 搬 送 者 住 所	
氏 名	
生 年 月 日	
救 護 場 所	秋田市
事 故 等 の 種 別	
搬 送 病 院	
証 明 の 提 出 先	
確 認 書 類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> パートナーシップ証明カード <input type="checkbox"/> その他（                                  ）

上記のとおり救急搬送の事実を証明願います。

年    月    日

(宛先)                          消 防 署 長

氏 名

住 所

被搬送者との続柄

受 付 欄
-------