

# 救急搬送証明書

年 月 日			
稲沢市消防長 殿			
申請者 住所			
氏名			印
下記のとおり、救急隊により搬送されたことを証明願います。			
搬送日時	年 月 日 午前 午後 時 分		
発生場所			
事故種別			
傷病者	住所		
	氏名	年齢 歳	性別 男・女
搬送先			
提出先			
上記のとおり相違ないことを証明します。			
年 月 日			
稲沢市消防長			印

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。