

傷病者搬送証明書

No.

願出人	(住所) 市		
	氏名_____		
	傷病者との関係	請求数	通
事故覚知日時	平成 年 月 日 時 分		
事故発生場所			
傷病者氏名			
搬送先			
医療機関等 到着日時	平成 年 月 日 時 分		
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">吹田市消防長</p> <p style="text-align: right;">印</p>			