

傷病者搬送証明書

No.

願出人	(住所) 吹田 市 泉町1 - 3 - 40			
	氏名 _____ 吹田 太郎 _____			
	傷病者との関係	本人	請求数	1 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>				

来庁時に確認後、記入