様式第5号

救急搬送証明書交付申請書

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日(あて先)　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　傷病者との関係　　　　　　　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。 |
| 傷病者 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 発生年月日 | 年　　　　月　　　　日　　　　時　　　　分ころ |
| 発生場所 | 　 |
| 収容医療機関 | 　 |
| 使用目的 | 　 | 必要数 | 通 |
| 証明書の提出先 | 　 |

　　代理人による申請

|  |
| --- |
| 私は、下記代理人が救急搬送証明書の交付を受けることを委任します。 |
| 委任者氏名 | 　　 |
| 代理人 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　　 |

　※　個人情報保護のため申請者の本人確認を行っておりますので、運転免許証、保険証等を提示してください。この場合において、代理人のときは、別に傷病者本人のものも合わせて提示してください。