

様式第5号

救 急 搬 送 証 明 書 交 付 申 請 書

(あて先)		年 月 日	
		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。