

様式第1号（第29条関係）

年 月 日		
知多市消防長 様		
申請者（患者との関係）		
住所		
氏名 <span style="float: right;">印</span>		
電話番号		
救 急 搬 送 証 明 申 請 書		
出場年月日 及び時分	年 月 日 時 分	
出場場所		
傷病者氏名 及び生年月日	年 月 日	
搬送病院		
使用目的 又は提出先		必要枚数

※ 受付印	※ 手数料欄	※受付番号及び担当者
	年 月 日 手数料受付番号 No. ¥ 円	收受受付 No. 証明受付 No. 担当者

※ 欄は、記入しないで下さい。