様式第2号(第34条関係)

|  |
| --- |
| 救急搬送証明願　那　賀　町　消　防　長　殿申請者(電話　　　　　　　番)　　　　住所　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　時　　分ごろ発生した救急事故につき　　　　　　　　　　　　　の請求手続上必要といたしますので証明願います。記　傷病者　住所　　　　　氏名　　　　　生年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日生　発生年月日　　　　　　　　　年　　月　　日　　時　　分ごろ　　発生場所 |
| ※　受付欄 | ※　経過欄 | ※　手数料欄 |
| 　 | 　 | 　 |

備考　※印欄には、記入しないこと。