

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。