|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 救　急　搬　送　証　明　願 | | | | | | |
| 搬送日時 | |  | | | |
| 被搬送者 住所 | |  | | | |
| 氏名 | |  | | | |
| 生年月日 | |  | | | |
| 救護場所 | | 秋田市 | | | |
|
| 事故等の種別 | |  | | | |
| 搬送病院 | |  | | | |
| 証明の提出先 | |  | | | |
| 確認書類 | | □運転免許証　□パスポート　□健康保険証 | | | |
| □年金証書　　□パートナーシップ証明カード | | | |
| □その他（　　　　　　　　　　） | | | |
| 上記のとおり救急搬送の事実を証明願います。 | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | |  |  |  |
| (宛先） 　消　防　署　長 | | | |  |  |  |
|  | | | | 受　付　欄 | | |
|  | | 氏　名 | |  | | |
|  | | 住　所 | |
|  | | 被搬送者との続柄 | |