

様式第 1 号

傷病者搬送証明書交付願

年 月 日	
池田市消防署長	
届出者	
住 所 氏 名 職 業 電 話	
下記のとおり証明書の交付をお願いします。	
事故発生日時	年 月 日 時 分頃
事故発生場所	_____
傷病者氏名	_____
搬送先	_____
傷病者との関係	_____
証明書を必要とする理由	_____ _____
証明書の提出先数	_____ 通 _____ 通 _____ 通
備考	_____ _____ _____