

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 由 す る 理 由					
証 明 書 の 提 出 先 及 び 部 数				通	
				通	
				通	
受 付 印	消防署長	課 長	主 幹	副 主 幹	担 当
	備考欄	¥ 手 数 料 領 収 済 ㊞			