

救急搬送証明申請書

年 月 日

鳥羽市消防長 様

申請者 住所  
氏名  
電話

提出先及び使用目的		
必要部数		部
申請者と搬送傷病者との関係		本人・その他（ ）
発生日時		年 月 日 時 分頃
発生場所		
搬送傷病者	住所	
	氏名	
搬送先医療機関		
※ 受付欄		※ 手数料欄

備考

1. 証明手数料は、1部につき200円とし、搬送傷病者ごとに申請して下さい。
2. 申請者と搬送傷病者との関係欄は、該当するものを○で囲み、その他に○をした場合は、その内容を（ ）の中に記入して下さい。
3. ※欄については、記入しないで下さい。