

様式第2号

決裁	課長	係長	係員

## 救急搬送証明書交付申請書

年 月 日

福岡市消防局長 様

申請者住所

電話番号

氏名

㊟

(被搬送者との関係 )

救急車で搬送された、下記の事項について証明願います。

被 搬 送 者	搬送年月日	年 月 日		
	搬送要請時刻	時 分頃		
	住 所			
	氏 名			
	出動場所			
	搬送先医療 機関等の名称			
交付申請枚数	通	申請者 確認	1 運転免許証 2 健康保険証 3 その他	番 号 等
* 受付欄	* 証紙(手数料)貼付箇所			

\* 欄は記入しないでください。