

様式第4号(第30条関係)

年 月 日					
傷病者搬送証明書発行申請書  殿  申請者 住 所 氏 名 連 絡 先 代理人氏名 傷病者との関係 (申請者が自署しない場合は、記名押印してください。)					
次の救急事故の傷病者搬送証明書を発行願います。					
発 生 日 時	年 月 日 時 分頃				
要 請 場 所					
傷 病 者	住 所				
	氏 名		性 別		年 齢
搬 送 先					
提 出 先		通			通
			通		通
※ 受 付	備 考				

備考 ※印の欄は、記入しないこと。