|  |
| --- |
| 搬送証明申請書 年　　月　　日ニライ消防本部　消防長　殿申請者　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　印　電話番号　(　　　　)　　　　－　　　　被搬送者　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　（　　歳）上記の者 　　　 年　 月　 日 　時　 分ごろ救急自動車で　　　　　　 　 病　院医　院から　　　　　　　　　　　　　　　 まで搬送されたことを証明願います。（提出先）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 備　考 |  | 受　付 |
|  | 搬送証明申請書平成　　年　　月　　日比謝川行政事務組合ニライ消防本部消防長　津嘉山 広　殿申請者　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞電話番号　　　　　　　　　　　　　　　被搬送者　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞電話番号　　　　　　　　　　　　　　　上記の者 平成　 年　 月　 日 　時　 分ごろ救急自動車で　　　　　　 　 から　　　　　　　　　　　　　　　まで搬送されたことを証明願います。記 |
|  |
|  |
|  |

様式第２号（第５条関係）