|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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）