

様式第2号(第3条関係)

搬 送 証 明

薩摩川内市 消防局長 様		年 月 日
		願出人 住 所 氏 名
願出人との関係	本人・配偶者・子供・その他( )	
証明の提出先	保険会社・金融機関・官公署・その他( )	
次の者を救急車等で搬送したことを証明してください。		
住 所		
氏 名		

搬送開始日時	年 月 日 時 分頃
搬送開始場所	から
搬送先	病院 医院 へ
受付欄	第 号 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 薩摩川内市 消防局長 印