様式第４号

救　急　証　明　願

湯河原町消防本部　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者住所・氏名 | 住所　　　　　　　　　　　　　　　電話　　（　　）証明を受けたい人との続柄氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　） |
| 証明を受けたい人（傷　病　者） | 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢　　　　　性別氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳　　　男・女 |
| 救急車を要請した日時及び場所 | 　　　年　　　月　　　日　　　曜日　　　時　　　分頃 |
| 証明事項 | 救急事故の覚知日時及び場所傷病者の住所・氏名・年齢及び性別収容医療機関等の所在地及び名称 |
| 証明を受けたい理由及び提出先 |  |
| 必要部数 |  |
| ※　　摘　　　　要 |  |

注：摘要欄は、郵送及び証明回数を記入すること。