

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 証明を受けたい人との続柄 氏名	電話 () ()
証明を受けたい人 (傷病者)	住所 氏名	年齢 性別 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。