

別記様式第2号(第5条関係)

離島地区救急患者認定証明書

年 月 日

羽幌町長 様

認定者

所 属

氏 名

印

下記の者を、羽幌町離島地区救急患者等負担軽減助成事業実施要綱第4条の規定により救急患者に認定します。

救急患者の状況

氏名	
住所	苫前郡羽幌町
生年月日・年齢	年 月 日 (歳)
病名(症状等)	
発生年月日及び時刻	年 月 日 【午前・午後】 時 分
受診医療機関名	
備考	