

(附件 1)

高雄市政府消防局執行救護服務證明申請書

Proof of Application for Kaohsiung City Fire Bureau-rendered

Emergency Medical Service

申請日期：民國 年 月 日

Date applied: M D, Y

編 號： 號

Reference number: No.

申請人 A p p l i c a n t		國民身分證 統一編號 IDcard number		申請人與 傷病患關係 Relation to the i n j u r e d / p a t i e n t	
傷病患 Injured / patient		國民身分證 統一編號 IDcard number			
發生時間 Time occurred	年 月 日 時 分 hr min, M D, Y				
發生地點 Where occurred					
申請人 Applicant	住址 Address				
	通訊處 Mailing address				
	聯絡 電話 Contact phone				
申請用途 P u r p o s e o f a p p l i c a t i o n					
領取方式 Collection method	☐ 親自領取 To collect in person ☐ 郵寄 by post				
此 致 To 高雄市政府消防局 Kaohsiung City Fire Bureau 申請人： (簽 章) Applicant : (signature and endorsement)					
第 3 層 決 行 承辦單位			代為決行		