

連江縣消防局執行救護服務證明申請書

Proof of Application for Lien Chiang County 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 Applicant		國民身分證 統一編號 IDcard number		申請人與 傷病患關係 Relation to the injured / patient	
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 Purpose of application					
領取方式 Collection method	<input type="checkbox"/> 親自領取 To collect in person <input type="checkbox"/> 郵寄 by post				
此致 To 連江縣消防局 Lien Chiang County Fire Bureau 申請人： (簽章) Applicant: (signature and endorsement)					

備註：

- 一、請附上申請人及傷病患身分證正反面影本乙份。
- 二、郵寄請寄至「連江縣南竿鄉清水村八十四之一號連江縣消防局收」或傳真至(0836) 23816、災害搶救課辦理。
- 三、查詢電話 0836-23799。
- 四、勾選『郵寄』者請附回郵信封及郵票。

Remark:

- I. Please include one photocopy of the front and backside of the applicant and the injured/patient's informed identification card.
- II. Please mail your application to "The Fire Bureau of XX County (City) at ____ Road, or fax your application to (XX)XXX-XXXX, the Emergency Medical Service section (division) for processing.
- III. Inquiry telephone (xx) xxx-xxxx, ext. xxxx.
- IV. Applicants that check the 『by post』 option please include return envelope and postage.