

救急医療情報キット配布申請書

令和 年 月 日

東庄町長 岩田 利雄 様

救急医療情報キット(以下「キット」という。)の配布を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	住所		電話番号	
	ふりがな		配布対象者との続柄	
	氏名			
配布対象者	住所	[居所_住所] [居所_方書]	電話番号	[電話] [FAX] [携帯]
	ふりがな	[フリガナ]	生年月日	[生年月日]
	氏名	[氏名]		
申請事由	<p>該当する事由の番号に○をしてください。</p> <p>1 ひとり暮らし高齢者</p> <p>2 身体障害者（視覚障害 聴覚障害 音声・言語機能障害 : 1 2 3 級)</p> <p>3 避難行動要支援者名簿登録者</p> <p>4 その他 ( )</p>			

次の事項について承諾いたしますので、署名、押印します。

- ア 救急活動によっては、キットを活用しない場合があること。
- イ 表示用シールを所定の位置に貼ること。
- ウ 救急活動の際、救急隊等が本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫の扉を開けてキットを取り出す場合があること。
- エ かかりつけ医療機関があっても、他の病院に救急搬送される場合があること。
- オ 個別支援シートに救急隊への伝言を記載されていても、実行されない場合があること。

氏名：

\_\_\_\_\_