

救急医療情報キット配布申請書

平成 年 月 日

大治町長 様

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

記

申請者	住所	大治町大字 字		
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	世帯主氏名		電話番号	
申請事由	<p>該当する事由の番号に○を付けてください。</p> <p>1 65歳以上の者</p> <p>2 心身に障害がある者</p> <p>3 その他希望する者</p>			
※申請者以外の方が申請する場合は、下記も記入してください。				
代理申請者	住所			
	ふりがな		申請者との関係	
	氏名			
<p>次の事項について承諾いたします。</p> <p>① 救急活動によっては、救急キットを活用しない場合があること。</p> <p>② 冷蔵庫用ステッカーを所定の位置に貼ること。</p> <p>③ 所定の位置にステッカーが貼られていなかったり、冷蔵庫に救急キットを保管していなかったときは、救急キットが活用されない場合があること。</p> <p>④ 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救急キットを取り出す場合があること。</p> <p>⑤ 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。</p> <p>⑥ 救急情報シートに救急隊員への伝言が記載されていても、必ずしも実行されない場合があること。</p> <p>⑦ 救急情報シートに記載した内容は、その目的の範囲内で、救急隊、医療機関、その他関係機関へ知らせる場合があること。</p>				