

様式第 1 号(第 4 条関係)

救急医療情報キット配布申請書

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	該当する事由の番号に○を付けてください。 1 65歳以上の者 2 心身に障害がある者 3 その他希望する者			
※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			
次の事項について承諾いたします。 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。 ② 冷蔵庫用ステッカーを所定の位置に貼ること。 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。 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。 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。 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。 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。				