

救急医療情報キット配布申請書

令和 年 月 日

(あて先)白山市長

申請者 住 所  
氏 名 印  
電話番号  
対象者との続柄

白山市救急医療情報キット配布事業実施要綱第4条の規定により、救急医療情報キットの配布を受けたいので申請します。

対 象 者	住 所	白山市	電話番号	
	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
申 請 理 由	該当理由に○をつけてください 1 65歳以上の一人暮らしの者 2 65歳以上の高齢者のみの世帯の者 3 障害者のみの世帯の者(高齢者と障害者のみで構成される世帯及びこれに準ずる世帯の者を含む。) 4 その他( )			
注 意 事 項	1 救急活動の際、救急隊等が本人、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。 2 所定の位置にステッカーが貼られていなかったり、所定の場所にキットを保管していなかったときは、キットを活用されない場合があること。 3 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。 4 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。			

※ 市記入欄

受付者	整理番号	対象者名簿入力	区分