

様式第1号(第5条関係)

救急医療情報キット配布申請書

年 月 日

豊後高田市長

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、次のとおり申請します。

申請者	住所		電話番号	
	(ふりがな) 氏名		配布対象者 との続柄	
配布対象者	住所		電話番号	
	(ふりがな) 氏名		生年月日	
申請事由	該当する事由の番号に○をしてください。 1 60歳以上の者 2 心身障がい者 3 その他()			
次の事項について承諾いたします。 ア 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。 イ 冷蔵庫用ステッカー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救急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 救急情報シートに救急隊員への伝言を記載されていても、必ずしも実行されない場合があること。				