

様式第1号

救急医療情報キット申請書

年 月 日

社会福祉法人御宿町社会福祉協議会
会長 井上 宙丈 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、申請します。

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 () _____

利 用 者			
氏名		生年月日	年 月 日
住所			
電話番号		民生委員	
該当事由			
1 70歳以上のひとり暮らし			
2 70歳以上の高齢者のみの世帯			
3 その他()			
次の事項について承諾します。			
1 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。			
2 救急隊員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。			
3 かかりつけ医療機関の記載があっても、他の病院に搬送される場合があること。			
4 緊急連絡カードに救急隊員又は協力員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。			
5 申請書記載情報について、担当消防署等と共有すること。			