

第 1 号様式（第 4 条関係）

救急医療情報キット配布申請書

年 月 日

匝瑳市長 あて

下記事項に同意して、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、次のとおり申請します。

申請者	住所	匝瑳市		電話番号	
	フリガナ		性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	年 月 日	
代理人	住所				
	氏名		続柄		

キットを利用されるにあたって、次のような場合があることをご了承ください。

- 1 救急隊が救急活動に不必要と判断したとき又は搬送に急を要するときは、キットを活用しない場合があります。
- 2 所定の位置にステッカーを貼っていなかったとき又は冷蔵庫にキットを保管していなかったときは、キットを活用できない場合があります。
- 3 救急活動の際に、あなたの同意を得ることなく冷蔵庫を開けてキットを取り出す場合があります。
- 4 かかりつけ医療機関があっても、他の病院に搬送される場合があります。
- 5 あなたが救急医療情報記入用紙に記載した事項については、救急活動の状況によって、必ずしも活用されるとは限りません。
- 6 キットは大切に保管し、他者に譲ったり又は貸し付けたりしないでください。また、自己の責任において救急医療情報記入用紙の記載内容の更新に努めるものとします。
- 7 申請書及び救急医療情報記入用紙に記載した内容は、その目的の範囲内で、救急隊、民生委員、医療機関等にお知らせする場合があります。

上記の事項について了承します。

申請者氏名 _____