|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 | 登録No. |
|  |  |  |  |  |  |

様式第1号（第4条関係）

救急医療情報キット配布申請書（兼誓約書）

　　　年　　月　　日

（提出先）広川町長

申請者　住所：

氏名：

代理人　住所：

氏名：

本人との続柄：

電話番号：

救急医療情報キットの配布を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 配　布対象者 | 住所 | 広川町大字（行政区：　　　　隣組：　　） | 電話番号 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 区　分 | １　ひとり暮らしの65歳以上２　65歳以上の者のみの世帯３　身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| キットの配布を受けるに当たり、次の事項すべてについて承諾します。ア　救急活動において、救急隊が不要と判断したとき、又は搬送に急を要するときは、キットを活用しないことがあること。イ　ステッカーは、冷蔵庫のほか必要な箇所に貼ること。ウ　所定の位置にステッカーが貼られていなかったときや、所定の場所にキットが保管され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。エ　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キットを取り出す場合があること。オ　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。カ　救急情報シートに救急隊等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。キ　キットが配布されている方の氏名等の情報を、消防署に提供すること。 |

