

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	
	フリガナ		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 ()			
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ ステッカーは、冷蔵庫のほか必要な箇所に貼ること。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>				

交 付 年 月 日		特記事項	
--------------	--	------	--