

救急医療情報キット配付申請書

年 月 日

宍粟市長 様

次のとおり、救急医療情報キットを利用したいので申請いたします。

申請者	住所	宍粟市	電話番号	—
	フリガナ		同居者数 (申請者含む)	人
	氏名			
	続柄	世帯主・世帯主以外 (世帯主の氏名)		

次の事項について了解いたします。

- ①救急活動によっては、救急隊員が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ること。
- ②所定の位置にステッカーが貼られていなかったり、所定の場所にキットを保管し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。
- ③玄関ドアの内側にステッカーが貼られている場合は、本人及び同居人等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ること。
- ④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。
- ⑤救急安心カードに救急隊員への伝言を記載されていても、必ずしも実行されるとは限らないこと。
- ⑥キットは善良に管理するとともに、譲渡したり貸付けたりしないこと。

※ 自治会名を記入してください。

_____ 自治名