

救急医療情報キット配付申請書（引換券）

令和 年 月 日

刈谷市長 あて

下記の同意事項に同意のうえ、次のとおり救急医療情報キットの配付を申請します。

配付対象者	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和
	氏名	(自署又は記名押印してください。)		年 月 日
	住所			
	電話番号			
申請事由	該当する番号に○を付けてください。 1 65歳以上のひとり暮らし 2 その他 ()			
同 意 事 項				
次の事項について同意します。 ① 救急時には本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けて救急医療情報キットを取り出し、その情報を救急活動に活用することがあります。 ② 救急活動の状況によっては、希望するかかりつけ医療機関に搬送されないなど、救急医療情報キットの情報が活用されないことがあります。 ③ マグネットとシールは所定の位置（冷蔵庫扉・玄関ドアの内側）に貼り、救急医療情報キットは冷蔵庫扉の内側に保管すること。所定の位置にない場合は、救急医療情報キットが活用されないことがあります。				

※配付者記入欄

キ ャ ッ ト 配 付 日	配 付 者
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 富士松 <input type="checkbox"/> 雁が音 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 依佐美 <input type="checkbox"/> 朝日 <input type="checkbox"/> 市役所長寿課