

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

知 多 市 長 様

申請者（対象者との続柄 ）

住 所

氏 名

電話番号

救急医療情報キットの配布を受けたいので、申請します。  
なお、申請者及び対象者は、下記の配布の条件を承諾します。

記

※ 対 象 者	住 所	知多市
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
配 布 の 条 件	(1) 保管容器を冷蔵庫扉棚の発見しやすい場所に保管し、ステッカーを所定の場所に貼ること。 (2) 救急活動において、救急隊員等が、本人及び同居人の同意を得ることなく冷蔵庫を開け保管容器を取り出す場合があること。 (3) 救急医療情報としてかかりつけ医療機関が記載されていても、他の医療機関に搬送される場合があること。また、救急医療情報以外の要望が記載されていても、実行されない場合があること。 (4) 状況によっては、キットの活用がされない場合があること。	

※対象者の欄は、対象者と申請者が同じ場合は生年月日のみ記入してください。