

救急医療情報キット申請書

平成 年 月 日

関川村長 様

救急医療情報キット（以下「キット」という。）の配布を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、容器の中の情報を救急隊、災害時支援者、搬送先医療機関、通報者等が救助活動等に活用することに同意します。

申請者	住所		電話番号	
	(ふりがな) 氏名		対象者との続柄	
配布対象者	住所	関川村大字	電話番号	
	(ふりがな) 氏名		生年月日 世帯主	
配布対象者	住所	関川村大字	電話番号	
	(ふりがな) 氏名		生年月日 世帯主	
申請事由	該当する事由の番号に をしてください。 1 災害時要援護者 2 健康に不安を抱える者で村長が必要と認めた者。 その他 ()			

次の事項について了解いたします。

救急活動によっては、救急隊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。

ステッカーは冷蔵庫の扉へ貼ること。この場合、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。

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、キットは活用されない場合があること。

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。
キットは善良に管理するとともに、譲渡したり貸し付けたりしないこと。

下記には、記入しないで下さい。

受付欄	経過欄
	承認年月日 年 月 日