

第2号様式

年 月 日

(宛先) 野田市長

住所

申請者 氏名

電話番号

野田市救急医療情報キット配布申請書

野田市救急医療情報キットの配布を受けたいので、次のことに同意した上で申請します。

- 1 救急隊及び搬送先の医療機関が救急時において救急医療情報カードの情報を活用すること。
- 2 救急隊が不必要と判断した場合、搬送に急を要する場合等、救急医療情報カードに記載された情報を活用しないことがあること。
- 3 救急医療情報カードに記載する内容は、必要に応じて更新するとともに、キットを善良に管理し、譲渡したり貸し付けたりしないこと。
- 4 標章は、玄関ドアの内側及びキットを保管している保管場所に取り付けること。

配布対象者の区分 (当てはまる番号に○を付けてください。)	1	65歳以上の者で構成される世帯の者
	2	身体障害者手帳の交付を受けている者
	3	療育手帳の交付を受けている者
	4	精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者
	5	その他 ()

代理人による申請の場合

配布者	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
	申請者との関係	