

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

清須市長 様

救急医療情報キットの配布を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請者	住所		電話番号	
	ふりがな		対象者 との続柄	
	氏名	印		
配布 対象者	住所	清須市	電話番号	
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
申請事由	該当する事由の番号に○を付してください。 1 おおむね65歳以上のひとり暮らし 2 その他()			
私は、次の事項について同意します。 <p style="text-align: right;">本人氏名 印 ※自署した場合、押印は不要です。</p> <p>(1) 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、救急医療情報キットを活用しない場合があること。 (2) ステッカーは、冷蔵庫の扉へ貼ること。この場合、本人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す場合があること。 (3) 所定の位置にステッカーが貼られていない、又は所定の場所に救急医療情報キッ トを保管していないときは、救急医療情報キットを活用されない場合があること。 (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) 救急情報シート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) 救急医療情報キットは、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。 (7) 事業を円滑に遂行するため、救急医療情報キットを配布された方の情報(住所・氏 名・電話番号)を西春日井広域事務組合消防本部と地区民生委員に提供すること。ま た、救急時には救急情報シートの内容を、その目的の範囲内で医療機関等にも提供す る場合があること。</p>				