様式第１号（第４条関係）

**救急医療情報キット配布申請書**

 年　　月 　　日

大郷町長 様

救急医療情報キットについて、次の事項について了解し、配布を受けたいので申請します。

①救急活動によっては、本人及び同居人の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けて取り出すこと。

②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、救急キットを活用しない場合があること。

③冷蔵庫の表ドアにマグネットシールが貼られていなかったり、冷蔵庫の中に救急キットを保管していなかったときは、救急キットが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。

⑥救急キットの情報は個人の責任のもと更新（新しい情報）すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者（申請者） | 住　　所 | 　 |
| 氏　　名 | 　 |
| 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日生　年齢　満（　　）歳 |
| 電話番号 | 　 |

※代理人による申請の場合は、次の欄にもご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人 | 住　　所 | 　 |
| 氏　　名 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 利用者との関係 | □同居家族　□その他（　　　　　　　　　　　） |