

別 記

第 1 号様式 (第 4 条)

年 月 日

救急医療情報キット配布申請書

印西市長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
配布対象者との続柄
電話番号

救急医療情報キットの配布を受けたいので、印西市救急医療情報キット配布事業実施要綱第 4 条の規定により次のとおり申請します。

配布対象者	住 所		電話番号	
	(ふりがな)			
	氏 名		生年月日	年 月 日
申請事由	該当事由 1 65歳以上のひとり暮らしの者 2 障害者(身体・知的・精神)(手帳番号 _____) 3 その他(_____)			
次の事項について承諾いたします。 配布対象者名 ⑩				
(1) キットの配布を受けたことを民生委員、児童委員等に情報提供する場合があること。 (2) 救急隊が救急活動に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。 (3) ステッカーは玄関内側と冷蔵庫の扉に貼ること。 (4) 配布対象者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。 (5) 所定の位置にステッカーが貼られていなかったとき、所定の場所にキットを保管していなかったときは、キットを活用されない場合があること。 (6) 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。 (7) 救急隊員への伝言が救急情報シートに記載されていても、必ずしも実行されるとは限らないこと。 (8) キットは善良に管理するとともに、譲渡したり又は貸し付けたりしないこと。				