

矢板市救急医療情報キット給付申請書（同意書）

年 月 日

矢板市長 様

申請者 住 所
 （本人又は世帯主）氏 名
 電 話

私は、救急医療情報キットの給付を受けたいので申請します。また、緊急時に生命の安全を守る目的使用のため、次の事項について同意します。

利用者住所	矢板市	電話	
利用者氏名		年 月 日生(歳)	
		年 月 日生(歳)	
		年 月 日生(歳)	
<p>次の事項について、あらかじめ同意します。</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したときは、情報キットを活用しない場合があること。</p> <p>2 シールは、玄関扉内側及び冷蔵庫の扉に貼ること。この場合、本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けて情報キットを取り出す場合があること。</p> <p>3 所定の位置にシールが貼られていなかったり、所定の場所に情報キットを保管していなかったりしたときは、情報キットが活用されない場合があること。</p> <p>4 かかりつけ医療機関があっても、他の医療機関に搬送される場合があること。</p> <p>5 カードに救急隊員、医師への伝言が記載されていても、状況に応じて必ずしも実行されない場合があること。</p> <p>6 情報キットは、善良に管理するとともに、譲渡したり貸付したりせず、定期的に更新を行うこと。</p>			
<p>※以下には記入しないでください。</p> <p>給付数 キット()個 カード()枚</p> <p>給付日 年 月 日</p> <p>高齢者台帳記載日 年 月 日</p>			<p>受付印</p>