

様式第2号（第4条関係）

桜川市救急医療情報キット（命のバトン）配布申請書兼同意書

年 月 日

桜川市長 様

桜川市救急医療情報キット（命のバトン）の中の情報を救急隊、搬送先の医療機関等が、救急医療活動に利用すること及び本申込書兼同意書に記載された情報を市が民生委員及び医療・介護等の地域を支援する関係者及び機関に提供することに同意し、次のとおり申し込みます。

記

利 用 申 込 者	住 所	桜川市			電話番号		
	氏 名	性別	生年月日	申込理由 （下記の理由番号を記入する）	介護サービス 利用の有無	備 考	
申込理由		① 65歳以上のひとり暮らし高齢者 ② 65歳以上の高齢者のみの世帯に属する者 ③ 65歳以上の者で日中独居となり、健康上の不安を有する者 ④ 市長が必要と認める者					

利用申込者以外の方が手続をされる場合は、次の欄もご記入ください。

氏 名		電話番号	
住 所		利用者との続柄	

配布数

保 管 容 器	マグネットシール	救急医療情報キットシール	あんしんカード
個	個	個	人分