

救急医療情報キット利用申請書

年 月 日

習志野市消防長 へ

容器の中の情報を救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療活動に利用することに同意し、下記のとおり申請します。

利用者 1	フリガナ		生年月日		年 月 日
	氏名				
	住所	〒 習志野市			
	電話				
	申請事由	該当する事由に○をして下さい。 ① 65歳以上の者 ② 障がいのある者 ③ 災害時要援護者 ④ その他消防長が認めた者			

利用者 2	フリガナ		生年月日		年 月 日
	氏名				
	申請事由	該当する事由に○をして下さい。 ① 65歳以上の者 ② 障がいのある者 ③ 災害時要援護者 ④ その他消防長が認めた者			

※ 申請者が利用者本人以外の場合、下記も記入して下さい。

申請者	氏名		電話	
	住所又は 事業者名等		利用者 との続柄	

太枠の※印欄は、記入しないでください。

※受付欄 (ヘルステーション)	※受付欄	※経過欄
		承認年月日 年 月 日