

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				
筑西市長 様		(申請者) 住 所		
		氏 名 印		
		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、筑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			
	(ふりがな)			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	
申 請 事 由	☐ 65 歳以上のひとり暮らしの者 ☐ 65 歳以上の身体が病弱な者のみの世帯に属する者 ☐ その他 ()			
備 考				
次の事項について承諾します。 1 キットの配布を受けたことを筑西広域市町村圏事務組合消防本部及び防災機関、民生委員・児童委員等に情報提供する場合があること。 2 所定の位置にシールが貼られていなかったとき又は冷蔵庫にキットを保管していなかったときは、キットを活用できない場合があること。 3 救急活動によっては、キットを活用しない場合があること。 4 救急活動の際、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 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。 6 キットを搬送された医療機関に渡し、情報を提供することがあること。 7 救急活動で住宅内に立ち入るとき施錠等がされていた場合は、ガラス、鍵等を壊して立ち入る場合があり、その際の賠償責任は負わないこと。 8 キットは善良に管理し、譲渡や貸し付けは行わないこと。				