緊急医療情報キット（命のバトン）利用申込書

令和 年 月 日

和 寒 町 長 様

緊急医療情報キットを利用したいので、次のとおり配布を希望します。

希望者氏名		電話番号 32-
住 所	和寒町字	自治会
区 分	☐ 65歳以上ひとり暮らし（日中独居含む） ☐ 70歳以上の高齢者のみの世帯 ☐ その他（ ）	

※ □にし点を入れてください。

緊急医療情報キット（命のバトン）の利用について

- 1 緊急医療情報キットの救急情報シート（後日配布時記入）に記載された情報を、消防、福祉関係機関に提供することに同意します。
- 2 緊急医療情報キットの救急情報シートの記載にあたって、保健福祉課職員、自治会役員、民生委員等が記載の代行をすることに同意します。
- 3 緊急医療情報キットの容器内の救急情報を、消防救急隊員、移送先の医療機関が救急医療に活用することに同意します。

令和 年 月 日 同意者氏名 印

※記入を代行してくれる方や普段から見守り等をしてくれる方がいれば記入願います。

サポート 依頼者名		サポート 依頼者名	
--------------	--	--------------	--