

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

（申請先） 土浦市長

（申請者） 住 所

氏 名

印

電話番号 ()

対象者との続柄

土浦市救急医療情報キット配布申請書

救急医療情報キットの配布を受けたいので、土浦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、下記のとおり申請します。

また、救急医療情報キットに保管されている情報について、救急隊員、医療機関及び行政関係機関等が、救急活動に活用することに同意します。

記

| | | | |
|-----|-------------------|------------------------------|--------------------------|
| 対象者 | 氏 名 | (男・女) | |
| | 住 所 | 土浦市 | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 (歳) | |
| | 該当する番号に○を付けてください。 | 1 | ひとり暮らしのおおむね65歳以上の高齢者 |
| | | 2 | ひとり暮らしで身体障害者手帳の交付を受けている者 |
| 3 | | ひとり暮らしで療育手帳の交付を受けている者 | |
| 4 | | ひとり暮らしの精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者 | |
| 備考 | | | |