救急医療情報キット交付申請書

年　　月　　日

知名町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

申請者　氏名　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

利用者　氏名　　　　　　　　　印

私は、下記の内容に同意し、救急医療情報キット（以下キットという。）の交付を申請します。

|  |
| --- |
| １　容器の中に入っている情報を沖永良部与論地区広域事務組合沖永良部消防本部職員及び搬送先の医療機関等が救急医療に活用すること。ただし、救急医療に不必要と判断したとき、又は搬送に急を要するときは、活用しない場合があること。２　緊急時において救急情報シートに記載されている緊急連絡先に連絡すること。ただし、すぐには連絡できない場合もあること。３　所定の位置にステッカーが貼られていなかったとき、又は所定の場所にキットを保管していなかったときは、キットが活用されない場合があること。４　かかりつけ医療機関があっても、他の医療機関等に救急搬送される場合があること。５　救急情報シートに救急隊員への伝言を記載されていても、必ずしも実行されるとは限らないこと。 |
| ※　以下は役場の記入事項です。 |
| 申請事由 | 知名町救急医療情報キット交付事業実施要綱第３条の以下の号に該当 |
| １号該当者 | ２号該当者 | ３号該当者 | ４号該当者 |