

様式第2号(第4条関係)

吉田町救急医療情報キット利用申請書

年 月 日

吉田町長 様

吉田町救急医療情報キットを利用したいので、次のとおり申請します。

利用者氏名	性別	生年月日
	男・女	年 月 日
住 所		電話番号
吉田町		
申 請 事 由		
該当する事由に○をつけてください。 ①65歳以上の独居世帯の方 ②高齢者世帯及びこれに準ずる世帯の方 ③その他()		

※申請者が利用者本人以外の場合、次も記入してください。

申 請 者 氏 名	電話番号
住 所	利用者との続柄

※吉田町救急医療情報キットの利用者氏名等の情報を、静岡市吉田消防署へ提供することに同意します。
※吉田町救急医療情報キットの容器に入っている救急情報を、消防署の救急隊員と搬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。

年 月 日

利用者氏名 印