

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

うるま市長 様

住所

氏名

㊟

電話番号

配布対象者との続柄（ ）

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、うるま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

配布 対象者	氏名	(男 女)	
	住所	うるま市	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	該当する番号 に○を付けて ください	1	65歳以上の高齢者
		2	身体障害者手帳の交付を受けている者
		3	療育手帳の交付を受けている者
4		精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者	
5		市長が特に必要と認める者	
備考			