

救急医療情報キット利用申込書

平成 年 月 日

(あて先)戸田市長

容器の中の情報を救急隊、消防隊、搬送先の医療機関等が、救急医療活動に利用することに同意し、次のとおり申し込みます。

利用者	フリガナ		性別	生年月日	明治	年 月 日(歳)
	氏名		男		大正	
			女		昭和	
	住所	〒 戸田市				平成
	電話番号 (携帯)					
申込事由	該当する事由に○をしてください。 ① 65歳以上の方 ② 障がいがある方 ③ その他()					

※申込者が利用者以外の場合、次も記入してください。

申込者	フリガナ		電話	
	氏名			
	住所又は事業者名等		利用者との続柄	