**救急医療情報キット利用申請書**

令和　　年　　月　　日

石垣市社会福祉協議会会長　殿

救急医療情報キットの配布を受けたいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **利　用　者** | **ふりがな** |  | **性別** | **生年月日** |
| **氏　　名** |  |  | **明・大・昭・平**  **年　　月　　日** |
| **住　　所** | **石垣市** | | |
| **電話番号** |  | | |
| **その他** | **・世帯の状況**  **(単身・夫婦・高齢・家族(　　　 　)と同居・日中一人暮らし)**  **障がいがある者(身体・視覚・聴覚・知的・精神・その他)** | | |

**☆申請者が利用者本人以外の場合**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申 請 者** | **氏　　名** |  | **電話番号** |  |
| **住所又は事業者名** |  | **利用者との**  **続柄** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **同 意 欄** | **救急医療情報キット配布申請書に記載されていることを、必要時に関係者に情報を開示することを同意します。** | **本人氏名** | **代筆者氏名** |
| **㊞** | **続柄（　　　　　）** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 局長 | 次長 | 総務　係長 | 係長 | 主任 | 主事 | 係 | 受付 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |