

(様式第1号)

川西市救急医療情報キット「安心キットきんたくん」配布申出書

住 所	〒 川西市		
フリガナ			
氏 名			
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日 (歳)
電話番号		同居者の有無	有 ・ 無
緊急連絡先	氏 名 : 連絡先 :		

川西市長 様

私及び同居者は、川西市救急医療情報キット「安心キットきんたくん」について、次の事項に了承し、配布を希望いたします。

- (1) 救急活動の状況により、安心キットが活用されない場合があること。
- (2) 私の同意を得ることが困難な場合等に、救急隊員が私及び同居人の同意なしに冷蔵庫から安心キットを取り出すこと。
- (3) 救急活動の状況により、かかりつけ医療機関でない病院に搬送されること。
- (4) 救急活動後に安心キットが返却されない場合があること。
- (5) 安心キットを善良な管理のもとで使用し、譲渡や貸付をしないこと。
- (6) 市長が必要と認めた場合に、安心キットの配布状況と本申出書に記載した情報を官公署、医療機関、民生委員・児童委員、その他関係機関に提供すること。

本人署名欄	令和 年 月 日
氏 名	

民児協会長確認欄

--