

第1号様式（第3条関係）

上尾市緊急医療情報キット利用申請書

年 月 日

（宛先）

上尾市長

上尾市緊急医療情報キット配布事業実施要綱第3条の規定により、次のとおり申請します。

なお、救命活動等のために、上尾市緊急医療情報キットの中に入っている情報を救急隊員、医療機関、民生委員等が活用することについて同意します。

ふりがな			
氏名			
住所	上尾市	男・女	
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日	歳
電話番号 (携帯可)			
該当する 申請事由	該当の欄に✓印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 65歳以上の者 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付を受けている者 <input type="checkbox"/> 療育手帳の交付を受けている者 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者 <input type="checkbox"/> その他 ()		

※申請者以外が記載している場合は、以下の欄も記載してください。

ふりがな		申請者	
氏名		との関係	
住所又は事業 所の名称等		電話番号	