

北アルプス救急医療情報キット配布申込書

〔申込日〕 令和 年 月 日

救急医療情報キットの利用を希望するので、下記のとおり申し込みます。

受付番号：

申込者	住所	(地区)	電話番号	
	氏名	(フリガナ)	対象者との続柄	
配布対象者	住所		電話番号	
	氏名	(フリガナ)	生年月日 (年齢)	

以下の事項について同意します。

- ① 北アルプス広域消防、搬送先医療機関並びにかかりつけ医が情報を活用すること。
- ② 必要に応じて行政機関や居宅介護支援事業所、介護サービス提供事業所に情報を提供する場合があります。
- ③ 次の場合は、キットを活用しないことがあります。
 - ・ 救急隊が不必要と判断した場合、又は、急を要する場合。
 - ・ 冷蔵庫にステッカーが貼られていない場合、又は、カプセルが冷蔵庫に保管されていない場合。
 - ・ 情報シートに必要な内容が記載されていない場合など。
- ④ シートに記入されている要望に沿えない場合があります。

※申し込みいただいた個人情報は、目的以外に使用することはありません。