

# 救急医療情報キット利用申込書

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		生年月日	明治	年	月	日	( 歳)
	氏名			大正				
	住所	〒 戸田市						
	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	