## 救急医療情報キットによる安心ネットワーク事業利用申込書

年	$\Box$	日
/ <del>    .</del>		н

名張市社会福祉協議会 会長様

私は、本利用申込書へ記入した情報について、名張市及び民生委員・児童委員へ提供することに同意し、下記のとおり申し込みます。

	ふりがな			性別		生年月日				
	氏 名			男・女		明治・大正・昭和	• 平成			
							年	月	日	
申込者	住所					電話	番号			
4 (利用者1)	〒518- 名張市									
1	申込事由									
	該当する事由に☑してください									
	□ひとり暮らしの者 □高齢症			者のみの	世帯は	こ属する者				
	□日中独居となる高齢者    □心身は			に障害の	ある	者				
	□その他、救急時の対応に不安がある者(							)		
申	<u></u> 込者のほど	か救急医療情報シー	トを必要	更レさ	れる	家族(同居の	人) が	いる場	<del>一</del>	

申込者のほか救急医療情報シートを必要とされる家族(同居の人)がいる場合、 裏面の利用者情報もご記入ください。

※本利用申込書を第三者が代行し申し込む場合、下記も記入してください。

C	申	氏 名	電話番号
11	込代行	住所または事業所名等	
	者	□親族(続柄: )	□民生委員・児童委員 □まちの保健室 □その他( )

受付機関記入欄

受付日	受付機関 (受付者)	配布日 配布者(担当者)			台帳 No
年 月 日	□名張市社協	年月日	□名張市社協( □民生委員・児童委員(	)	
年 月 日	□まちの保健室 ( )	年月日	<ul><li>□まちの保健室(</li><li>□その他(</li></ul>	)	廃止日 年 月 日
日常の支援機	関□民生委員・児童	委員 □まち	の保健室 □その他(		) □なし
備考					

私は、本利用申込書へ記入した情報について、名張市及び民生委員・児童委員へ提供することに 同意し、下記のとおり申し込みます。

	ふり	がな		性別		生年月日				
4.1	氏 4	名		男・女		明治・大正・昭和・平成				
利用者 2	1	4 4				年	月	目		
	申込事由									
	該当っ	トる事	由に☑してください							
	□高齢者のみの世帯に属する者		□日中独居となる高齢者 □心身に障		害のある	者				
	□その他、救急時の対応に不安がある者(							)		

私は、本利用申込書へ記入した情報について、名張市及び民生委員・児童委員へ提供することに同意し、下記のとおり申し込みます。

	ふり	がな		性別		生年月日	3		
	氏 名	Þ	名	男・女	明治・大正・	昭和・平成			
利用者3		和				年	Ē	月	日
者。	申込事由								
3	該当する事由に☑してください								
	□高齢者のみの世帯に属する者		□日中独居となる高齢者 □心身に障害		手のある	者			
	口その	の他、	<b>枚急時の対応に不安がある者(</b>	,					)

私は、本利用申込書へ記入した情報について、名張市及び民生委員・児童委員へ提供することに 同意し、下記のとおり申し込みます。

	ふりがな		性別		生年月日			
利用者	氏 名		男・女	明治・大正・昭	_	П		
					年	月	日	
者 4	申込事由							
4	該当する事由に☑してください							
	□高齢者のみの世帯に属する者		□日中独居となる高齢者		□心身に障害	手のある者	旨	
	□その他、	<b>枚急時の対応に不安がある者(</b>					)	