

緊急医療情報キット利用申請書

平成 年 月 日

那覇市社会福祉協議会長 殿

緊急医療情報キットの配付を受けたいので、下記のとおり申請します。

利用者 1	ふりがな		生年月日
	氏名		明・大・昭・平 年 月 日
	住所		
	電話番号		
	申請事由	該当する事由の番号に○をしてください。 1. 65歳以上の者(単身、夫婦のみ、その他) 2. 障がいがある者(身体、視覚、聴覚、知的、精神、その他) 3. その他()	

利用者 2	ふりがな		生年月日
	氏名		明・大・昭・平 年 月 日
	申請事由	該当する事由の番号に○をしてください。 1. 65歳以上の者(単身、夫婦のみ、その他) 2. 障がいがある者(身体、視覚、聴覚、知的、精神、その他) 3. その他()	

★申請者が利用者本人以外の場合、下記も記入してください。

申請者	氏名		電話番号
	住所又は 事業者名		利用者との 続柄

同意欄	緊急医療情報キット配付申請書に記載されていることを、必要時に関係者に情報を開示することを同意します。	本人氏名	代筆者氏名
		印	続柄()