

救急医療情報キット申請書

令和 年 月 日

救急医療情報キットの配付を申請します。
また、救急時に必要な個人情報等を消防署等へ提供することに同意します。

対象者	(フリガナ) 氏名		
	生年月日 (明・大・昭・平 年 月 日) 生 (歳)		
	住所 〒 - 千代田区 電話 ()		
代理人	*対象者と異なる方が申請される場合のみ記入してください。		
	(フリガナ) 氏名	関係	
	住所	〒 -	電話 ()

【事務処理欄】(区記入)

受付	受付日	受け渡し日	名簿入力日
① かがやきプラザ 相談センター 麴町	/ /	/ /	/ /
② かがやきプラザ 相談センター 神田	/ /	/ /	/ /
③ 高齢者あんしん センター 麴町	/ /	/ /	/ /
④ 高齢者あんしん センター 神田	/ /	/ /	/ /
⑤ () 出張所	/ /	/ /	/ /