

救急医療情報キット申請書

住 所	自治会名( )
氏 名	
電話番号	
<p>必要な理由をお聞かせください。あてはまるものの□に✓を付けてください。</p>	
<p> <input type="checkbox"/>ひとり暮らし高齢者世帯のため  <input type="checkbox"/>二人暮らし高齢者世帯のため  <input type="checkbox"/>昼間高齢者だけになる世帯のため  <input type="checkbox"/>障害を持っている方がいる世帯のため  <input type="checkbox"/>その他( )         </p>	
<p>地域での見守り活動のために情報提供してよい範囲をお聞かせください。あてはまるものの□に✓を付けてください。</p>	
<p> <input type="checkbox"/>お住まいの地区社会福祉協議会  <input type="checkbox"/>お住まいの地域の民生委員さん  <input type="checkbox"/>お住まいの自治会の福祉員さん  <input type="checkbox"/>教えないでほしい         </p>	