

**ひらかた安心カプセル（救急医療情報キット）
配付申込書**

（あて先）

枚方市長

ひらかた安心カプセル（救急医療情報キット）の配付を申し込みます。

年 月 日

ふりがな			
氏名			
住所	枚方市		
生年月日	年 月 日	年齢	満 歳
①申込みをされる事由の番号に○をご記入ください。（複数可） 1. 65歳以上である。 2. 障害者手帳を有している。 3. 一人住まいである。 4. 一人住まいではないが、一人での時間が長い。 5. その他 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			

②次の事項に同意いただけますか。（下の「同意します」を○で囲んでください）

ア：救急隊が不必要と判断した場合、搬送に急を要する場合や、所定の場所にひらかた安心カプセル（以下「カプセル」という。）やステッカーがない場合などは、カプセルを活用しない場合があること。

イ：救急隊員への伝言等の記載事項については、実行されない場合があること。

ウ：カプセルに保管する内容は必要に応じて更新するとともに、カプセルを善良に管理し、譲渡したり貸し付けたりしないこと。

同意します

◎ひらかた安心カプセルは、担当地区の民生委員・児童委員を通じて配付いたします。