

町内会・自治会役員宛

救急医療情報キット保管登録書

令和 年 月 日 作成

| | |
|--------|--------------|
| 登録番号 | (記入しないでください) |
| 登録者の氏名 | |
| 登録者の住所 | あきる野市 |
| 電話番号 | |

| | |
|--------|--|
| 世帯主の氏名 | |
|--------|--|

同意書

私は、救急医療情報キット所持者管理のため、町内会・自治会役員に、上記の個人情報を共有することに同意します。

氏名 _____