（様式第２号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【自治会区 ⇒ 隠岐の島町社会福祉協議会】

救急医療情報シート申請書

|  |  |
| --- | --- |
| **令和　 　年　 　月　 　日**下記のとおり救急医療情報シートを申し込みます。 | 社協受付印 |
|  |
| 自治会区等 |  |  |
| 代表者名 |  |  |

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　　　名 | 住　　　所 | 必要に応じて小組・町内・常会等をご記入ください |
| 1 |  | 隠岐の島町 |  |
| 2 |  | 隠岐の島町 |  |
| 3 |  | 隠岐の島町 |  |
| 4 |  | 隠岐の島町 |  |
| 5 |  | 隠岐の島町 |  |
| 6 |  | 隠岐の島町 |  |
| 7 |  | 隠岐の島町 |  |
| 8 |  | 隠岐の島町 |  |
| 9 |  | 隠岐の島町 |  |
| 10 |  | 隠岐の島町 |  |

※お申し込みいただいた情報は救急医療情報シート配布者名簿に登録し隠岐広域連合消防本部へ提供します。

---------------------------------------- 社　協　使　用　欄　----------------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| 受渡日 | 配付数 |
| 令和　　 年　　　月　　　日 | 枚 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 局長 | 課長 | 係長 | 係 | 取扱者 |
|  |  |  |  |  |