（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

社協受付印

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。

自治会区等	
代 表 者 名	

記

No.	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	係長	係	取扱者