

## 「命のカプセル」利用申請書（一般用）

年 月 日

三木市長様

災害又は救急等の緊急時には、冷蔵庫を開き、容器の中の情報を支援者又は、救急隊、搬送先の医療機関が、医療支援や救急医療活動に利用することに同意し、下記の通り申請します。

利用者	ふりがな		生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	
	氏名	印						
	住所		電話番号					
	申請事由 (身体の状態)							
	かかりつけ の医療機関							
緊急連絡先	住所		電話番号					
	氏名		続柄					
	住所		電話番号					
	氏名		続柄					
	住所		電話番号					
	氏名		続柄					

申請者	・本人		・代理人	
	※本人以外の方が申請される場合、下記の欄にご記入ください。			
	氏名	印	電話番号	
	住所 又は 事業者名等		利用者との 関係	

※この利用申請書は公民館でコピーし、そのコピーをしたものをカプセルに入れてください。  
**原本は市に提出**してください。

※カプセルには、**薬の処方箋**や**保険証の写し**なども入れておいて下さい。

※この情報については、目的以外に使用しません。