

登録番号： _____

申請内容確認者： _____

指令台入力者： _____

年 月 日受付
年 月 日作成

茨城町消防本部消防長 宛

<p>【申請者】</p> <p>住 所 : _____</p> <p>氏 名 : _____</p> <p>登録者との続柄 : _____</p> <p>電 話 番 号 : _____</p>	<p>【支援機関】</p> <p>住 所 : _____</p> <p>支 援 機 関 名 : _____</p> <p>代 表 者 氏 名 : _____</p> <p>担 当 者 氏 名 : _____</p> <p>電 話 番 号 : _____</p> <p>e-mail アドレス : _____</p>
---	--

特定在宅療法継続者登録申請書（ 新規・更新 ）

下記のとおり、特定在宅療法継続者登録をしたいので申請します。

登 録 者	(男・女)	生 年 月 日	年 月 日生
登 録 者 住 所		電 話	
かかりつけ医療機関		主 治 医 名	
現 在 の 状 態 (在宅療法の内容を含む)			
医 師 の 所 見 (救急隊の対応を含む)			

- ※ 登録の有効期限は5年間です。更に登録が必要な場合はご連絡ください。
- ※ 救急車の要請に際しては、登録してあること及び被登録者名を通報してください。
- ※ 救急車を要請した場合、到着した救急隊員に登録情報を説明してください。
- ※ 救急隊員の応急処置は、法令等により定められており、医師の口頭での指示が必要な場合があります。
- ※ この個人情報は、当該救急活動に関してのみ使用いたします。