

# 「命のバトン」配布申込書

私は「命のバトン」の配布を希望します。

利用希望者の名前	① <input type="checkbox"/> (印)
	② <input type="checkbox"/> (印)
世帯主の名前	
住 所	長浜市
電話番号	
申込みされる理由 (○印、複数可)	① 災害時要援護者登録者 ② ひとり暮らし高齢者、高齢者世帯 ③ しょうがい者 ④ その他

\*「命のバトン」救急医療情報用紙に記載された内容は、緊急時に自治会長、民生委員児童委員、福祉委員および消防署員、警察署員、医師に提供されます。申し込みされた場合はこのことに同意されたものとみなしますので、ご了承ください。

\*この申込用紙はこのままお使いいただくか、コピーして提出してください。