

第2号様式（第3条）

栄町安心カード交付申請書

令和 年 月 日

栄町消防長 様

申請者 住 所
氏 名

栄町安心カードの交付を受けたいので、栄町安心カード取扱要綱第3条の規定により、下記のとおり申請します。

記

交付希望者

フリガナ	性 別 男 ・ 女	血液型	型
氏 名	生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日
住 所			
電話番号（自宅）		（携帯番号）	

緊急連絡先

1	氏 名	続柄等
	住 所	
	電話番号	携帯番号
2	氏 名	続柄等
	住 所	
	電話番号	携帯番号

かかりつけ病院等

1	病院	病気
2	病院	病気
3	病院	病気
4	病院	病気

アレルギー

無 ・ 有 ()	エピネフリン自己注射薬 (0.3mg 0.15mg)
-----------	------------------------------

備 考

--