

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

|  |
|--|
|  |
|--|