

(参考様式)

救急医療情報キット（安心キット）申込書兼配布者名簿

申込日 年 月 日 町内会名〔 〕

〔 〕
【町内会】
↓
【地区社協】

〔 〕
【担当民生委員】
↓
【地区社協】

No.	氏名	住所	電話番号	対象区分	備考
1				<input type="checkbox"/> 一人暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他	
2				<input type="checkbox"/> 一人暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他	
3				<input type="checkbox"/> 一人暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他	
4				<input type="checkbox"/> 一人暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他	
5				<input type="checkbox"/> 一人暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他	