（参考様式１）　　　　　　　　　　　　　【 配布希望者 ⇒ 自治会区 】回覧用

**救急医療情報シート申込書**

救急医療情報シートの希望者をとりまとめています。

配布を希望される方はご住所、氏名を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ご住所 | お名前 |
| 1 | 隠岐の島町 |  |
| 2 | 隠岐の島町 |  |
| 3 | 隠岐の島町 |  |
| 4 | 隠岐の島町 |  |
| 5 | 隠岐の島町 |  |
| 6 | 隠岐の島町 |  |
| 7 | 隠岐の島町 |  |
| 8 | 隠岐の島町 |  |
| 9 | 隠岐の島町 |  |
| 10 | 隠岐の島町 |  |

※お申込いただいた情報は隠岐の島町社会福祉協議会及び隠岐広域連合消防本部へ登録されます。

※ご記入された方には、後日シートをお届けします。