NET119緊急通報システム

登録申込書兼承諾書

申込日：令和　　　年　　　月　　　日

（あて先）

小豆地区消防本部消防長　殿

申請者

住所：

氏名：

　私は、NET119緊急通報システムについて、利用案内及び登録規約の利用条件、注意事項等を承諾し、申込みします。

　なお、緊急時に消防本部が必要と判断した場合については、記載事項について第三者（消防救急活動に必要と認められる範囲で行政機関や医療機関、警察等）に情報提供をすることについて承諾します。

ご署名：

**申請登録用紙**

携帯電話　・　スマートフォン

* **基本情報（必須）**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名【必須】 |  |
| フリガナ【必須】 |  |
| メールアドレス【必須】 | ＠ |
| 性別【必須】 | 男性　　・　　女性 |
| 生年月日【必須】 | 昭和・平成・令和　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住所【必須】 |  |
| 住所備考 | 例）オートロックの暗証番号など |
| 電話番号 | －　　　　　　　　－ |
| FAX番号 | －　　　　　　　　－ |
| 障害内容 |  |
| 備考 |  |

* 緊急連絡先（任意）

通報したときに知らせてほしい方がいれば以下に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名【必須】 |  |
| フリガナ【必須】 |  |
| 本人との関係【必須】 |  |
| 電話番号※ |  |
| FAX番号※ |  |
| メールアドレス※ |  |
| 住所 |  |
| 備考 |  |

※の連絡方法は、少なくとも１つ以上、入力してください。

* よく行く場所（任意）

自宅以外でよく行く場所（勤務先や学校など）があれば記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 名称【必須】 |  |
| 住所【必須】 |  |
| 備考 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 名称【必須】 |  |
| 住所【必須】 |  |
| 備考 |  |

* 医療情報（任意）

持病やいままでにかかった重い病気、かかりつけの病院などがあれば記入して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 血液型 | A　／　B　／　O　／　AB  （RH　：　＋　／　－　／　不明） |
| 持病 |  |
| 常用薬 |  |
| アレルギー |  |
| 医療機関 |  |
| 備考 |  |