|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録番号 | 知多市 |  |

第２号様式（第４条関係）

知多市Ｎｅｔ１１９緊急通報システム登録申請書

申請日　　　　　年　　月　　日

知多市消防長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 利用端末種別 | スマートフォン　・　携帯電話　・　その他 |

**１　利用者情報（太枠内は必ず記入してください。）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  | 性　別男・女 | 生年月日（和暦）年　　月　　日生 |
| 氏　　　　　名 |  |
| メールアドレス |  |
| 住 　　　所 |  |
| 附 則 事 項 |  |
| 　※以下の３医療情報まで記入は任意です。 |
| 連絡先電話番号 |   |
| ファックス番号 |   |
| 障がいの内容 |  |
| あなたの自宅に耳が聞こえる人（健聴者）が | いる（夫・妻・子・父・母・その他「　　　　」） ・　いない |
| あなたは手話が | できる　・　できない |
| あなたは筆談が | できる　・　できない |
| 備　　　　　考 |  |

 **２　緊急連絡先**

**（１）　第１連絡先（本人との関係：　　　　　　　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 電話番号 |  |
| 氏　　　名 |  |
| ファックス番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 住　　　　　所 |  |
| 備　　　　　考 |  |

**（２）　第２連絡先（本人との関係：　　　　　　　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 電話番号 |  |
| 氏　　　名 |  |
| ファックス番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 住　　　　　所 |  |
| 備　　　　　考 |  |

|  |
| --- |
|  |
| **３　医療情報** |
| 血 液 型 | A・BBO・AB | 型 | RH | **＋****－** | 持 病（既往歴） |  |
| 常 用 薬 |  | アレルギー |  |
| かかりつけ医療機関 |  |
| 備 考 |  |

※本登録申請書にご記入していただいた個人情報は、消防救急活動業務以外には使用しません。