ＮＥＴ１１９緊急通報システム利用登録申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日：令和　　年　　月　　日

天草広域連合消防本部消防長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所:

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名:

　私は、次の事項に同意の上、ＮＥＴ１１９緊急通報システムの利用の登録を申請します。

１　ＮＥＴ１１９緊急通報システムの利用に伴う通信費用は、利用者の負担となる

こと。

２　登録された情報は、消防本部で利用するほか、必要に応じて救急搬送先の医療

機関、警察等の関係機関に提供することがあること。

**※基本情報（必須登録項目）**　携帯電話・スマートフォン・タブレット端末

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な |  |
| 氏　　　 名 |  |
| メールアドレス |  |
| 性　　　別 | 男　・　女 | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 |
| 住　　　所 |  |
| ＦＡＸ番号 |  | 電話番号（又は携帯電話番号） |  |
| ①言語・聴覚障害の種類②コミュニケーション方法 |  | 身体障害者手帳の有　・　無 | 　 　有　・　無 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裏面有

■**緊急連絡先（任意登録項目）**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　名 |  |
| 本人との関係 |  |
| ＦＡＸ番号 |  | 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 住　　　　所 |  |
| 備　　　　考 |  |

■**よく行く場所（任意登録項目）**

　自宅以外でよく行く場所があれば記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 名　　　称 |  |
| 住　　　所 |  |
| 備　　　考 |  |
| ② | 名　　　称 |  |
| 住　　　所 |  |
| 備　　　考 |  |

■**かかりつけ病院等・持病情報（任意登録項目）**

|  |  |
| --- | --- |
| 持病（今の持っている病気） |  |
| 病院名 |  |
| 病院住所 |  |
| 病院電話番号 |  |
| 血液型 | 　　　Ａ 　 / Ｂ / Ｏ　　/　　ＡＢ |
| 備考 |  |