様式第１号（第１面）（第４条関係）

Ｎｅｔ１１９緊急通報システム利用登録申請書兼承諾書

申込日　　　　　　年　　　月　　　日

宮古地区広域行政組合　消防長

申請者

住　所

氏　名

私は、Ｎｅｔ１１９緊急通報システムを利用したいので、Ｎｅｔ１１９緊急通報システム利用規約に同意のうえ、利用登録を申請します。

なお、緊急時に消防機関が必要と判断した場合は、消防救急活動等に必要と認められる範囲に限り、記載事項について第三者（行政機関・医療機関・警察等）に情報を提供することを承諾します。

ご署名

様式第１号（第２面）（第４条関係）

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】 | 年　　　月　　　日 |
| 住　　所【必須】 |  |
| 住所備考 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 身体障害者手帳番号 | 第　　　　　　　　　　　　　号 |
| 障がい内容 |  |
| 備考 |  |

■緊急通報連絡先（任意）

通報した時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 |  |
| 本人との関係 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 住所 |  |
| 備考 |  |

様式第１号（第３面）（第４条関係）

■　よく行く場所（任意）

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　称 |  |
| 住　　所 |  |
| 備考 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　称 |  |
| 住　　所 |  |
| 備考 |  |

■医療情報（任意）

持病や今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、記入してください。

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