ＮＥＴ１１９緊急通報システム

承諾書兼（登録・変更・中止）申込書

承諾書

申込日：　　　年　　月　　日

　平戸市消防長　様

　　　 申請者

　　　　　 住所：

　　氏名：

　私は、ＮＥＴ１１９緊急通報システムについて、登録規約の内容及び緊急時に平戸市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、申し込みます。

（登録・変更・中止）申込書

* **基本情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  | | 性 別　【必須】  男　・　女 |
| 氏　　名　 　 【必須】 |  | |
| メールアドレス【必須】 | ＠ | | |
| 生 年 月 日 　【必須】 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 住　 所 【必須】 |  |  | |
| 住 所 備 考 |  | | |
| 電 話 番 号 | －　　　　　　　　－ | | |
| F A X 番 号 | －　　　　　　　　－ | | |
| 障 が い 内 容 |  | | |
| 備 考 |  | | |

※裏面あり

* 緊急連絡先（任意）

|  |  |
| --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  |
| 氏 名 |  |
| 本 人 と の 関 係 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| メ ー ル ア ド レ ス | ＠ |
| 住 所 |  |
| 備 考 |  |

* 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 | 住　　所 | 備　　考 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

* 医療情報【必須】

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） |
| 病　歴 |  |
| 常 用 薬 |  |
| ア レ ル ギー |  |
| かかりつけ医療機関 |  |
| 備 考 |  |

ＮＥＴ１１９緊急通報システム

記載例

承諾書兼（登録・変更・中止）申込書

承諾書

申込日：　　　年　　月　　日

　平戸市消防長　様

　　　 申請者

　　　　　 住所：平戸市○○町○○番地

　　氏名：平戸　太郎

　私は、ＮＥＴ１１９緊急通報システムについて、登録規約の内容及び緊急時に平戸市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、申し込みます。

（　　　登録・変更・中止　　　）申込書

* **基本情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ | ヒラド　タロウ | 性 別　【必須】  男　・　女 |
| 氏　　名　 　 【必須】 | 平戸　太郎 |
| メールアドレス【必須】 | ○○○○＠○○.○○ | |
| 生 年 月 日 　【必須】 | ○○年　○月　○○日 | |
| 住　 所 【必須】 | 平戸市○○町○○番地 | |
| 住 所 備 考 |  | |
| 電 話 番 号 | 0950－12－3456 | |
| F A X 番 号 | 0950－12－3456 | |
| 障 が い 内 容 | ○○○○ | |
| 備 考 |  | |

※裏面あり

* 緊急連絡先（任意）

|  |  |
| --- | --- |
| フ リ ガ ナ | ヒラド　ハナコ |
| 氏 名 | 平戸　花子 |
| 本 人 と の 関 係 | 娘 |
| 電 話 番 号 | 090-1234-5678 |
| メ ー ル ア ド レ ス | ○○○○○○＠○○ |
| 住 所 | ○○県○○市○○町○○番地 |
| 備 考 |  |

* 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 | 住　　所 | 備　　考 |
| １ | スーパー○○○○ | ○○市○○町○○番地 |  |
| ２ | ○○公園 | ○○市○○町○○番地 |  |
| ３ | ○○○公民館 | ○○市○○町○○番地 | 毎週土曜日午前中は○○公民館にいる。 |

* 医療情報【必須】

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） |
| 病　歴 | 高血圧 |
| 常 用 薬 | ○○○○、○○○○ |
| ア レ ル ギー | 卵 |
| かかりつけ医療機関 | ○○病院 |
| 備 考 |  |