

申請登録書（登録・変更）

■基本情報（必ず記入してください。） どちらかに○をしてください。【携帯電話・スマートフォン】

氏 名	
フリガナ	
携帯電話番号	— —
メールアドレス	@
性 別	男性 ・ 女性
生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
住 所	
F A X 番 号	— —
障 が い 内 容	聴覚・音声・言語・咀嚼 ^{そしゃく} ・その他（ ）
会 話 の 方 法	手話・筆談・その他（ ）
メール・F A X119の利用	利用なし・メール119・F A X119
備 考	例）マンション、アパート入口のオートロックの暗証番号など

■緊急連絡先（できるだけ記入してください。）

通報したときに知らせてほしい方がいますか。【はい・いいえ】

はいと答えた方は記入してください。

氏 名 【 必 須 】	
フリガナ 【 必 須 】	
本人との関係 【 必 須 】	
※ 連 絡 先	電話・FAX
	メールアドレス
	携帯電話番号
住 所	
備 考	

※の連絡先は、1つ以上記入してください。

内容に変更がある場合はすぐに変更届を提出してください。

■よく行く場所（できるだけ記入してください。）

自宅以外で定期的に通っている場所（勤務先や学校や福祉施設など）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（できるだけ記入してください。）

いま治療中の病気、通っている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)
いま 治 療 中 の 病 気	高血圧・糖尿病・心臓病・脳梗塞/脳出血 その他 ()
飲 ん で い る 薬	
ア レ ル ギ ー	
病 気 の 時 に 行 く 病 院	
備 考	