

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              | 消防 太郎                                           |
| フリガナ             | しょうぼう たろう                                       |
| 携帯電話番号           | 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇                               |
| メールアドレス          | ×××@△△△.n e . j p                               |
| 性 別              | 男性 ・ 女性                                         |
| 生 年 月 日          | 昭和 ・ 平成 ・ 令和      〇〇 年    〇 月    〇〇 日           |
| 住 所              | 〇〇〇市〇〇町〇〇番地                                     |
| F A X 番 号        | 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇                                |
| 障 が い 内 容        | 聴覚 ・ 音声 ・ 言語 ・ 咀嚼 ・ その他（                      ） |
| 会 話 の 方 法        | 手話 ・ 筆談 ・ その他（                      ）           |
| メール・F A X 119の利用 | 利用なし ・ メール119 ・ F A X 119                       |
| 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<br>部屋番号    〇〇〇     |

■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 】    | 消防 花子                        |
| フリガナ 【 必 須 】   | しょうぼう はなこ                    |
| 本人との関係 【 必 須 】 | 配偶者                          |
| ※ 連 絡 先        | 電話・FAX    〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇       |
|                | メールアドレス    ×××@△△△.n e . j p |
|                | 携帯電話番号    〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇      |
| 住 所            | 〇〇〇市〇〇町〇〇番地                  |
| 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 】 | 〇〇株式会社      |
| 住 所 【 必 須 】 | 〇〇〇市〇〇町〇〇番地 |
| 備 考         | 勤務先         |

|             |  |
|-------------|--|
| 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     | <div> <div>A</div> <div>/</div> <div>B</div> <div>/</div> <div>O</div> <div>/</div> <div>AB</div> </div> <div> (RH : + / - / <div>不明</div>) </div> |
| いま治療中の病気  | <div> <div>高血圧</div>・糖尿病・<div>心臓病</div>・脳梗塞/脳出血 </div> <div>その他 ( )</div>                                                                          |
| 飲んでいる薬    | 〇〇〇〇                                                                                                                                               |
| アレルギー     | 〇〇〇〇                                                                                                                                               |
| 病気の時に行く病院 | 〇〇病院                                                                                                                                               |
| 備 考       |                                                                                                                                                    |