

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	○○○ - ○○○○ - ○○○○
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 ○○年 ○月 ○○日
住所	○○○市○○町○○番地
FAX番号	○○○ - ○○○ - ○○○○
障害内容	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・FAX119の利用	利用なし・メール119・FAX119
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 部屋番号 ○○○

■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 ○○○-○○○-○○○○
	メールアドレス ×××@△△△.n e . j p
	携帯電話番号 ○○○-○○○○-○○○○
住所	○○○市○○町○○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	<input checked="" type="radio"/> A / B / O / AB (RH : + / - / <input checked="" type="radio"/> 不明)
いま治療中の病気	<input checked="" type="radio"/> 高血圧・ <input checked="" type="radio"/> 糖尿病・ <input checked="" type="radio"/> 心臓病・脳梗塞/脳出血 その他 ()
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	