|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

Ｎｅｔ１１９緊急通報システム登録申請書

２０　　年　　　月　　　日

Ｎｅｔ１１９緊急通報システムについて、利用規約の内容を承諾しましたので、登録申請します。

申請者住所　　一宮市

申請者氏名

※未成年者の場合は保護者の署名をお願いします。

保護者氏名

１　利用者情報（太枠内は必ず記入してください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　　別  男 ・ 女 | 生年月日（西暦）  　　年　　月　　日生 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 | | |
| メールアドレス |  | | |
| 障害の内容 |  | | |
| 端末種別 | スマートフォン ・タブレット ・その他（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 連絡先電話番号 |  | | |
| ファクス番号 |  | | |

２　よく行く場所（できるだけ記入してください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 場所の名称 | 住　　所 |
| 場所１ |  |  |
| 場所２ |  |  |
| 場所３ |  |  |

３　緊急連絡先（できるだけ記入してください）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急  連絡先 | フリガナ | 続柄 | 電話番号 | ファクス番号 |
| 氏　　名 | メールアドレス | |
| 連絡先１ |  |  |  |  |
|  |  | |
| 連絡先２ |  |  |  |  |
|  |  | |
| 連絡先３ |  |  |  |  |
|  |  | |

４　医療情報（できるだけ記入してください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 既往歴 | かかりつけ医療機関 | 担当医師 | 医療機関電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

５　その他の利用者情報（できるだけ記入してください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 自宅に健聴者（関係） | いる　（　　　　　　　　）　・　　いない | |
| 手話又は筆談の状況 | 手話 | できる　　　・　　　できない |
| 筆談 | できる　　　・　　　できない |

【申請書類の提出先及び問合せ先】

〒４９１－０８６２　　一宮市緑１丁目１番１０号　　一宮市消防本部　通信指令課

電話番号　０５８６－７２－１１９１　　ファクス番号　０５８６－７１－１１９２

電子メールアドレス　f-tsushin@city.ichinomiya.lg.jp

※申請書類の提出は、通信指令課又は一宮市役所福祉課まで持参していただくか、通信指令課あてに郵送、ファクス又はメールにて送付してください。（それに係る費用は申請者様の負担となります）