NET１１９緊急通報システム利用登録申請書

申請日：　令和　　　　年　　　月　　　日

　（宛先）　栃木市消防長

申請者

住所：

氏名：（自署）

　私は、利用案内及び登録規約の利用条件、注意事項等を承諾の上、NET119緊急通報システム利用登録を申請します。

　なお、緊急時に消防指令センター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ます。

**■ 登録者情報 (必須)**携帯電話　・　スマートフォン　・　その他

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| メールアドレス |  ＠ |
| 性別 | 男性　　・　　女性 |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 住所 |  |
| 住所備考 | 例）オートロックの暗証番号など |
| FAX番号 | －　　　　　　　　－ |
| 電話番号 | －　　　　　　　　－ |
| 障がいの内容 |  |
| 備考 |  |

裏面あり

**■ 緊急連絡先（必須）**

通報時に限らず、登録に関する事など、消防から連絡が取れる方を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 本人との関係 |  |
| ＦＡＸ番号 |  | 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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 住所 |  |
| 備考 |  |

* **医療情報（任意）**

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 持病（今の持っている病気） |  |
| 医療機関 |  |
| アレルギー |  |
| 血液型 | A　／　B　／　O　／　AB（RH　：　＋　／　－　／　不明） |