

NET119 緊急通報システム
利用登録・変更・廃止申請書兼同意書

申請日 令和 年 月 日

徳島中央広域連合消防本部 消防長 様

NET119 緊急通報システムについて、登録規約に承諾し、申請します。

なお、関係行政機関における本紙及び記載情報の保存のほか、緊急時に消防指令センターが必要と判断した場合、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）に情報提供することについても併せて同意します。

申請者住所 _____

申請者署名 _____

申請種別 ^{※1}	<input type="checkbox"/> 利用登録の申込み	<input type="checkbox"/> 記載事項の変更 ^{※2}	<input type="checkbox"/> 利用登録の廃止 ^{※3}
--------------------	-----------------------------------	--	--

※1 申請種別の欄は、該当項目の□部分に✓チェックを入れてください。※2 変更の場合は、変更部分のみ下記に記載してください。※3 廃止の場合は、申請者住所・申請者署名のみ記載してください。

■ 基本情報（必須）

氏名	【必須】	
フリガナ	【必須】	
端末種別	【必須】	スマートフォン ・ 携帯電話
メールアドレス	【必須】	@
性別	【必須】	男性 ・ 女性
生年月日	【必須】	昭和・平成・令和 年 月 日
住所	【必須】	
住所備考	【任意】	
電話番号	【任意】	— —
FAX番号	【任意】	— —
障がい内容	【任意】	
備考	【任意】	

※裏面にも登録項目がありますので、ご記入をお願いします。

- **緊急連絡先***（任意）※ 最大3名まで。複数登録をご希望の方は欄外や別紙にご記入ください。
 通報したときに知らせてほしい方がいれば以下に記入してください。

氏名	【必須】	
フリガナ	【必須】	
本人との関係	【必須】	
連絡先 【いずれか一つ必須】	電話番号	— —
	FAX 番号	— —
	メールアドレス	@
住所	【任意】	
備考	【任意】	

- **よく行く場所***（任意）※ 最大5件まで。複数登録をご希望の方は欄外や別紙にご記入ください。
 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	【必須】	
住所	【必須】	
備考	【任意】	

■ **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。

血液型	【任意】	A / B / O / AB (RH : + / - / 不明)
持病	【任意】	
常用薬	【任意】	
アレルギー	【任意】	
医療機関	【任意】	
備考	【任意】	