

NET 119 緊急通報システム利用登録申請書

■基本情報 必須

申 請 理 由	新 規 ・ 変 更 ・ 廃 止		
利 用 端 末 【 必 須 】	携 帯 電 話 ・ ス マ ー ト フ ォ ン ・ そ の 他 ()		
ふ り が な 【 必 須 】			
氏 名 【 必 須 】			
住 所 【 必 須 】			
性 別 【 必 須 】	男 ・ 女		
生 年 月 日 【 必 須 】	昭 和 ・ 平 成 年 月 日		
メ ー ル ア ド レ ス 【 必 須 】			
電 話 番 号 (携 帯 番 号) 【 必 須 】			
F A X 番 号 【 必 須 】			
障 が い の 内 容	言 語 ・ 聴 覚 ・ そ の 他 ()	障 害 者 手 帳 の 有 無	有 ・ 無
	コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン 方 法 ()		
備 考			

■緊急連絡先 (任意) 氏名又は名称には、ふりがなを記入してください。

氏 名 【 必 須 】			
フ リ ガ ナ 【 必 須 】			
本 人 と の 関 係 【 必 須 】			
電 話 番 号 ※			
F A X 番 号 ※			
メ ー ル ア ド レ ス ※			
住 所			
備 考			

(裏面も記入)

■よく行く場所（任意） 自宅以外でよく行く場所があれば記入して下さい。

名 称	住 所

■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	A / B / O / AB / (RH + / -) / 不明
持 病	
常 用 薬	
ア レ ル ギ ー	
医 療 機 関	
備 考	