

N E T 1 1 9 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

下北地域広域行政事務組合消防本部 消防長 様

N E T 1 1 9 緊急通報システムについて、利用規約に承諾し、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	☐ 利用登録の申込み ☐ 記載事項の変更※2 ☐ 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		機種名（ ）
メールアドレス 【必須】	@		
メールアドレス読み【必須】	@以下不要		
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 】			
携帯電話番号【任意】	— —		
自宅電話番号【任意】	— —		
F A X 番 号 【 任 意 】	— —		
障 が い 内 容 【 必 須 】	発語障がい ・ 聴覚障がい ※障害者手帳の写しを添付		

※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	【 必 須 】	
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**（必須）

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ください。

血 液 型	【 必 須 】	A / B / O / AB (RH : + / - / 不明)
持 病	【 必 須 】	
常 用 薬	【 必 須 】	
ア レ ル ギ ー	【 必 須 】	
かかりつけ医療機関	【 必 須 】	
備 考	【 任 意 】	※今までにかかった重い病気など

※別紙「自宅略地図」のご記入もお願いします。

【別紙】 自宅略地図 (必須)

〔記載に関しての注意〕

- ・ 自宅は判別しやすいように強調して記載ください。
- ・ 自宅近くの目標物となるもの（交差点名やコンビニエンスストア公共性の高い建物など）と自宅の両隣及び向かいの建物名称（個人宅の場合は表札名）も記載してください。

【自宅略地図】