

第1号様式（第1面）（第4条関係）

三田市NET119緊急通報システム登録申請書兼承諾書

年 月 日

(あて先) 三田市消防長

申請者

〒 -

住所

ふりがな

氏名

私は、三田市NET119緊急通報システムについて、利用案内及び利用規約の利用条件、注意事項等を承諾し、申込みします。

なお、緊急時に消防職員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。

ご署名： _____

基本情報（必須記載事項）

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> その他
氏名		生年月日	年	月	日
住所	〒				
携帯電話 ・ スマートフォン	電話番号	- -			
	メールアドレス	@			
自宅電話番号	<input type="checkbox"/> なし	障害内容	<input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/> 発話	
自宅FAX番号	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 言語	<input type="checkbox"/> その他	
備考	※性別の記載については、医療情報として登録の必要があるため、登録時に職員が聞き取りをさせていただく場合があります。				

緊急連絡先（任意記載事項、未成年者は必須記載事項）※記載される方の同意が必ず必要です

ふりがな		本人との関係		メールアドレス	@
氏名					
電話番号		住所	〒 -		
FAX番号					

三田市記載欄

受付欄	決裁欄					登録処理欄
年 月 日	課長	参事	副課長	係長	担当者	年 月 日

(事務処理欄)

テスト通信実施 _____ 年 月 日 時 分 取扱職員： _____

第1号様式（第2面）

医療情報等（任意記載事項）			
持病		血液型	A / B / O / AB (RH : + / - / 不明)
常備薬		アレルギー	
身体障害者 手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	コミュニケーション 手段	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他（ ）
医療機関			
備考			
勤務先又は学校（市外在住者は必須記載事項）			
名称			
住所			
よく行く場所 (上記以外の場所で日常多くの時間を過ごす場所)			
<p>自宅付近の略地図（必須記載事項）</p> <p>〔記載に関する注意〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 			