**ＮＥＴ１１９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】 |  | | |
| ＦＡＸ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 | 手話 ・ 筆談 ・ その他（　　　） |
| 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※ |  |
| ＦＡＸ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 |  |