Ｎｅｔ１１９緊急通報システム登録利用登録（変更・廃止）申請書

 申請日　 　　　　年　　　月　　　日

滝川地区広域消防事務組合

消防長　　　　　　　　　　　様

　　（申請者）住　所

 　氏　名　　　　　　　　　　　　　印

 　　　※　代理人により申請する場合は記載ください。

（代理人）住　所

 　 氏　名　　　　　　　　　　　　　印

私は，Ｎｅｔ１１９緊急通報システムを利用したいので，記載のとおり登録申請します。

　なお、緊急時に消防指令センター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。

申請種別　□新規　□変更　□廃止（当てはまる□に✓して下さい）

**１　利用者情報（太枠内は必ず記入してください）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 |
| 氏　　　名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 年　 　月　　 日生 |
| 住　　　所 | 〒 |
| メールアドレス |  |
| 障害の内容 | 聴 覚 ・ 発 声 ・ 言 語 ・ そ の 他（ ）　 |
| 端末種別 | 　スマートフォン・タブレット・それ以外 |
| ファックス番号 |   |
| 連絡先電話番号 |   |

|  |
| --- |
| **２　緊急連絡先（できるだけ記入してください）** |
| 緊急連絡先 | フリガナ | 本人との関係 | 電話番号 | ファクス番号 |
| 氏　　名 | メールアドレス |
| 連絡先１ |  |  |  |  |
|  |  |
| 連絡先２ |  |  |  |  |
|  |  |

**３　よく行く場所　勤務・通学先等（できるだけ記入してください）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 名　　　　称 | 住　　　　所 |
| 場　所 |  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **４　既往歴等（できるだけ記入してください）** |

|  |  |
| --- | --- |
| 持病（今の持っている病気） |  |
| 病院名 |  |
| 病院住所 |  |
| 病院電話番号 |  |
| 血液型 | 　　　Ａ 　 / Ｂ / Ｏ　　/　　ＡＢ |
| 備考 |  |

《　お問い合わせ先　》

〒073-0014

滝川市文京町４丁目１番５号

滝川地区広域消防事務組合消防本部　通信指令課　情報通信係

ＴＥＬ：０１２５－７４－４８２４

ＦＡＸ：０１２５－２３－５６９９

E‐mail：taki-shirei@takifire.com