別記様式（第４条，第６条関係）

**糸魚川市ＮＥＴ１１９緊急通報システム**

**利用登録・変更・登録抹消申請書兼同意書**

**記載例**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 令和４年７月１日 |

（あて先）糸魚川市消防長

私は，糸魚川市NET119緊急通報システムについて，登録規約に承諾し，申込みします。

なお，緊急時に消防指令管制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　　糸魚川市南寺島2丁目10番20号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請種別※1 | □ | 利用登録の申込み |  | 記載事項の変更※2 | □ | 利用登録の抹消※3 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名　　糸魚川　太郎

※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 抹消の場合は，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】 | 糸魚川　太郎 |
| フリガナ | 【必須】 | イトイガワ　タロウ |
| 端末種別 | 【必須】 | スマートフォン　・　携帯電話　・　タブレット |
| メールアドレス※ |  | ｵｰ　ｱｲ(大)　 ｾﾞﾛｲﾁｲﾁｷｭｳ ﾋﾞｰ　 ｵｰ |
|  | 【必須】 | taro-Itoigawa0119＠abc.com |
| 性別 | 【必須】 | 男性　　　・　　　女性 |
| 生年月日 | 【必須】 | 昭和・平成・令和　５６年　　　１月　　２３日 |
| 住所 | 【必須】 | 糸魚川市南寺島2丁目10番20号 |
| 電話番号 |  | ０２５－　　　１２３　　　　　－４５６７ |
| ＦＡＸ番号 |  | ０２５－　　　９８７　　　　　－６５４３ |
| 障がい内容 |  | 聴覚機能障がい　　　　　　言語機能障がい等 |
| 備考 |  |  |

※０(ゼロ)とo（オー），１（いち）とｌ（エル），６（ろく）とｂ（ビー），９（きゅう）とｑ（キュー）など判別しづ

※裏面にも登録項目（任意）がありますので、ご記入をお願いします。

らい文字にはふりがなをつけてください。また、大文字・小文字が混在する場合はエル(大)、アイ(大)などと記載して

ください。

* **緊急連絡先**（任意）

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。記載内容の確認をお願いする場合がありますのでできるだけ，記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 糸魚川　次郎 |
| フリガナ | イトイガワ　ジロウ |
| 本人との関係 | 実弟 |
| 連絡先  ※いずれかひとつ以上に記入 | 電話番号　　　　　０２５－　０１２　－３４５６  ＦＡＸ番号　　　　０２５－　０９８　－７６５４  メールアドレス　　jir-igawa＠ac.cm |
| 住所 | 糸魚川市一宮1丁目2番5号 |
| 備考 |  |

* **よく行く場所**（任意）

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 | 株式会社　××商事 |
| 住所 | 糸魚川市横町○○町〇丁目〇番〇号 |
| 備考 | 勤務先 |

* **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。

|  |  |
| --- | --- |
| 持病 | 高血圧 |
| 常用薬 | ワーファリン |
| アレルギー | なし |
| 医療機関 | 糸魚川総合病院 |
| 備考 |  |

【提　出　先】　下記のどちらかに提出してください。

糸魚川市消防本部　警防課通信係　　FAX　025-552-2312

糸魚川市役所　　　福祉事務所　　　FAX　025-552-8250