**代理申請登録用紙**

携帯電話　・　スマートフォン

* **基本情報**

**【注意!!】**

**「o」（オー）と「０」（ゼロ）**

**「l」（エル）と「１」（イチ）など、わかりやすく記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　　名【必須】 | 消防　太郎 |
| フ　リ　ガ　ナ【必須】 | ショウボウ　タロウ |
| メールアドレス【必須】 | shouboutaro ＠ docomo.ne.jp |
| 性　　　　　別【必須】 | 男性　　・　　女性 |
| 生　年　月　日【必須】 | 大正・昭和・平成　　　５5年　　５月　　５日 |
| 住　　　　　所【必須】 | 大阪府豊中市東泉丘４丁目６－７ |
| 住所備考 |  |
| 電話番号 | ０６　－　　XXXX　　－　XXXX |
| FAX番号 | ０６　－　　XXXX　　－　XXXO |
| 障がい内容 | 難聴　手話不可 |
| 備考 | 同じマンションに両親が住んでいます |

* 緊急連絡先

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】 | 消防　一郎 |
| 氏　　名（カナ）【必須】 | ショウボウ　イチロウ |
| 本人との関係　　【必須】 | 父 |
| 電話番号※ | ０６　－　　XXXX　　－　OOOO |
| FAX番号※ | ０６　－　　XXXX　　－　XXOO |
| メールアドレス※ | shoubouichiro ＠ docomo.ne.jp |
| 住所 | 大阪府豊中市東泉丘４丁目６－７ |
| 備考 | 父は健聴者です |

※の連絡方法は、少なくとも１つ以上、ご記入ください。

* 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 | 株式会社ドーン（勤務先） |
| 住所 | 兵庫県神戸市中央区磯上通2-2-21三宮グランドビル5F |
| 備考 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 住所 |  |
| 備考 |  |

* 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 | 糖尿病 |
| 常用薬 | アマリール |
| アレルギー | なし |
| 医療機関 | ○○大学病院　○○先生 |
| 備考 | 月1回インシュリン投与のため通院 |