

# 【記入例】

NET119 緊急通報システム

## 代理申請登録用紙

携帯電話 ・ **スマートフォン**

### ■ 基本情報

氏 名【必須】	消防 太郎	【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。
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】	<b>男性</b> ・ 女性	
生年月日【必須】	大正 <b>昭和</b> ・ 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 - 0000
FAX番号※	06 - XXXX - XX00
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。

## 【記入例】

### ■ 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 / <b>○</b> / AB (RH : + / - / <b>不明</b> )		
持	病	病	糖尿病		
常	用	薬	アマリール		
ア	シ	ル	ギ	ー	なし
医	療	機	関	〇〇大学病院 〇〇先生	
備	考	考	月1回インシュリン投与のため通院		