Net119緊急通報システム利用申込書兼承諾書

（　新規登録　・　変更　・　中止　）

令和　　年　　月　　日

つがる市消防本部　消防長　様

　私は、Net119緊急通報システムについて、利用規約の内容に承諾し申し込みます。

また、緊急時に通信指令室が必要と判断した場合には、記載事項について関係のある行政機関や医療機関、警察等に登録情報を提供することについても承諾します。

利用者　住　所

ご署名

保護者署名

※未成年の場合は保護者の署名が必要です。

1. 利用者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (フリガナ)氏 名 |  | 性 別 | 生 年 月 日 |
| 男・女 | S・H・R　　年　　月　　日 |
| 住 所 |  |
|  |
| メールアドレス |  |
| 「net119.speecan.jp」からのメールを受信できるようドメイン設定してください。 |
| 電話番号 | 携帯　　　　　　　　　　　　　　　自宅 |
| FAX |  | コミュニケーション手段 | 手話　・　筆談 |
| 備考 | ※障害者手帳（ 有 ・ 無 ） |

　※障害者手帳を交付されていない場合は、障害の内容を備考欄に記載してください。

1. 緊急連絡先（任意）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (フリガナ)氏 名 |  | 本人との関係 | 本人との同居（ 有 ・ 無 ） |
| 電話 |  | FAX |  |
| メールアドレス |  |

※事前に緊急連絡先として登録される方から同意を得てください。

1. よく行く場所（任意）（通報時に自宅以外の下記の登録場所が選択できます）

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

1. 医療情報（任意）（重い病気があれば記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 病　名 |  |
| 病院名（診療科） |  |
| 病院の住所 |  |
| 病院の連絡先 |  |

以下の欄は記入しないでください。

消防本部処理欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受付日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 障害者手帳の写し | 確認済 ・ 未確認 |
| 登録端末の動作確認 | 確認済 ・ 未確認 |
| 備考 |  |
| 受付担当者 |  |