**ＮET１１９緊急通報システム利用申請書（登録・変更・退会）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付番号

|  |  |
| --- | --- |
| 米沢　　南陽　高畠　　川西 |  |

■基本情報（必須項目には○印または記載をお願いします）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請理由【必　須】 | 新規登録 ・ 変更 ・ 退会 |
| 利用端末【必　須】 |  ・ スマートフォン ・ その他（ ） |
|  |  |
| 氏名【必　須】 |  |
| フリガナ【必　須】 |  |
| 生年月日【必　須】 | 昭和・平成・令和・西暦　 年 月 日 |
| 性別【必　須】 | 男性 ・ 女性 |
| 住所【必　須】 | 例）オートロックの暗証番号など |
| 住　所　備　考 |  |
| メールアドレス【必須】 |  ＠ |
| 電話番号 | － 　 － |
| ＦＡＸ番号 | － 　－ |
| 障がい内容 |  |
| 備考 |  |

**※　新規登録の場合は、承諾書をあわせて提出して下さい。**

**※　なお、裏面の記載もお願いします。**

■よく行く場所

自宅以外でよく行く場所（勤務先や学校など）があれば記入して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 名　称【必　須】 |  |
| 住　所【必　須】 |  |

■緊急連絡先

通報時に、知らせてほしい方がいれば以下に記入してください。

※１つ以上記入してください。

（関係機関に情報を伝える場合があります。）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名【必　須】 |  |
| 本人との関係【必須】 |  |
| ※電話番号 | － 　 － |
| ※ＦＡＸ番号 | － 　－ |
| ※メールアドレス |  ＠ |
| 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 |  |
| 常用薬 |  |
| アレルギー |  |
| 医療機関 |  |
| 備考 |  |