

様式第1号(第4条関係)

年 月 日

飛騨市長 あて

NET119利用等申請書兼承諾書

私は、飛騨市NET119緊急通報運用要綱に基づき、飛騨市消防本部指令課へのNET119緊急通報システムの利用について下記のとおり(登録・変更・廃止)を申請します。

また、申請にあたり、次のとおり個人情報を提供することに同意します。

【同意事項】

- ・緊急時に消防本部が必要と判断したときは、第三者(行政機関や医療機関、警察等)に情報提供すること。
- ・本市以外の消防機関が通報を受け付けた場合も、上記と同様に情報提供すること。

署名 _____ (印)

利用者連絡先情報等(必ず書いてください。) 携帯電話・スマートフォン・タブレット

住 所	飛騨市_____町_____	
	アパート等 名称_____棟_____号室 目標物_____	
世帯主氏名		
本人氏名	(世帯主との続柄)	
生年月日	年 月 日	
連 絡 先	登録メールアドレス	
	携 帯 電 話	() —
	加 入 電 話	() —
	F A X 番 号	() —
コミュニケーションの方法	<input type="checkbox"/> 手話通訳が必要 <input type="checkbox"/> 筆談で行う <input type="checkbox"/> 補聴器で対話が可能	
その他(ご意見)		

※登録・変更・廃止のいずれかに○をつけてください。

※変更の場合は、変更部分のみ記入してください。

※廃止の場合は、枠内の記入は不要です。

裏面あり

家族構成(同居している方全員について記入してください)

ふりがな 氏名	続柄	生年月日	年齢	職業	障がいの 有 無	部位・等級
					有・無	
					有・無	
					有・無	
					有・無	
					有・無	

緊急連絡先

住 所			
氏 名			
本人との関係			
連 絡 先	メールアドレス		
	携 帯 電 話	()	—
	加 入 電 話	()	—
	F A X 番 号	()	—
備 考			

かかりつけ病院・持病情報（できるだけ記入）

持 病			
血 液 型	※複数回答可 A / B / O / AB		
医 療 機 関 名			
医 療 機 関 住 所			
医療機関電話番号	()	—	
備 考			

担当課処理 ※下欄は記入しないでください。

登録	変更	廃止	台帳記載