Nｅｔ119緊急通報システム

（登録・変更・廃止）申込書兼承諾書

申込日：令和　　　年　　　月　　　日

千曲坂城消防本部　消防長　殿

申請者（本人・代理人）

住所：

氏名：

* 申請者が代理人の場合のみ

連絡先：

利用者との関係：

私は、Nｅｔ119緊急通報システムについて、利用規約の記載事項を承諾しましたので申込みます。

　なお、緊急時に通信指令員が必要と判断した場合については、記載事項について第三者（消防救急活動に必要と認められる範囲で行政機関や医療機関、警察等）に情報提供をすることについて承諾します。

ご署名（本人）：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ※未成年の場合は保護者署名

|  |  |
| --- | --- |
| 申請区分 | 登録　 ・ 　変更　 ・ 　廃止（ＩＤ：　　　　） |

※該当する申請区分に○をつけてください。なお、廃止の場合はＩＤも記載してください。

１　利用者登録情報【必須】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　年　　月　　日 |
| 住　　所 | 〒 |
| メールアドレス |  |

※変更申請の場合は、変更部分のみ記載してください。

※廃止申請の場合は、氏名、生年月日、住所のみ記載してください。

２　利用者連絡先【任意】

|  |  |
| --- | --- |
| 電 話 番 号 |  |
| F A X 番 号 |  |

３　よく行く場所【任意】（勤務先や学校など）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名　　称 | 住　　所 | 備　　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

４　医療情報【任意】

|  |  |
| --- | --- |
| 障がいの内容 |  |
| 持　病 |  |
| かかりつけ医 |  |
| 備　考（処方薬・注意事項等） |  |

５　緊急連絡先【任意】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先① | 氏　名 |  |
| 本人との関係 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 住　所 |  |
| 備　考 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先② | 氏　名 |  |
| 本人との関係 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 住　所 |  |
| 備　考 |  |

【郵送の場合】

送付先：〒３８９－０８０６

長野県千曲市大字磯部１２２１番地

千曲坂城消防本部　警防課　通信指令係 宛まで

【直接申請の場合】

　提出先：上記送付先と同じ。