ＮＥＴ１１９登録・変更等申込書

年　　月　　日

（あて先）大東消防署長

ＮＥＴ１１９緊急通報システムについて、利用案内及びＮＥＴ１１９緊急通報システムご登録規約を承諾し、申込みします。

なお、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。

１　基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| 申込内容 | 登録　　・　　変更　　・　　抹消 |
| 通報端末の種別 | スマートフォン・携帯電話・その他（　　　　　　） |
| 身体障害者手帳 | 聴覚、音声・言語又はそしゃく機能（　　　第　　　号）手話通訳必要　・　手話通訳不要　 |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  |
| メールアドレス | ＠ |
| 性別 | 男性　　・　　女性 |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　年　　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 電話番号 | －　　　　　　　　－ |
| 携帯番号 | －　　　　　　　　－ |
| FAX番号 | －　　　　　　　　－ |
| 勤務先名※１学校名※１住所※１ |  |
| 備考 |  |

（備考）　※１　大東市又は四條畷市に在住されている方は記入不要です。

２　緊急連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名(フリガナ) |  |
| 本人との関係 |  |
| 電話番号 | －　　　　　　　　－ |
| 住所 |  |
| 備考 |  |

３　よく行く場所

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 住所 |  |
| 備考 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 住所 |  |
| 備考 |  |

４　医療情報

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

　　＜問合せ先＞　大東消防署通信指令室

電話番号：072-875-0119　　FAX番号：072-871-5654