|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

大府市Net119緊急通報システム登録申請書

申請日　　　　　　　年　　月　　日

１　利用者情報（太枠内は必ず記入してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 氏　　　名 |  | 生年月日（西暦） | 年　　月　　日生 |
| 住　　　所 | 〒 |
| メールアドレス |  |
| 障がいの内容 |  |
| 端末種別 | スマートフォン・タブレット・携帯電話・それ以外（　　　） |
| ファックス番号 |  |
| 連絡先電話番号 |  |

２　よく行く場所（できるだけ記入してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 場所の名称 | 住　　所 |
| 場所１ |  | 〒 |
| 場所２ |  | 〒 |

３　緊急連絡先（できるだけ記入してください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先 | ふりがな | 本人との関係 | 電話番号 | ファックス |
| 氏　　名 | メールアドレス |
| 連絡先１ |  |  |  |  |
|  |  |
| 連絡先２ |  |  |  |  |
|  |  |
| 連絡先３ |  |  |  |  |
|  |  |

４　通勤・通学先

（大府市以外にお住いの方で大府市内に通勤・通学の方は必ず記入してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先（学校）名称 |  |
| 勤務先（学校）住所 |  |
| 電話・ファックス番号 | 【電話】【ファックス】 |

５　既往歴（できるだけ記入してください。）

|  |
| --- |
| 既往歴（これまでにかかった病気） |
|  |
|  |

６　掛かり付け医療機関（できるだけ記入してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 住　　所 | 担当医師 | 病院電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

７　その他の利用者情報（できるだけ記入してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| あなたの自宅に健聴者（聞こえる人）が | （　いる　　・　　いない　） |
| あなたは手話が | （　できる　・　できない　） |
| あなたは筆談が | （　できる　・　できない　） |

※該当のものに○をつけてください。

【申請書類の提出先・問合せ】

　〒４７４-００２３

　大府市大東町三丁目２０２番地　大府市消防署消防総務担当

　電話番号：０５６２-４７-２１３６（ダイヤルイン）

　ファックス番号：０５６２-４７-２３９８

　電子メールアドレス：obu-fire@city.obu.lg.jp

　※ファックスの場合は、送信元のファックス番号を記入してください。

　※持参する場合は、大府市消防署１階事務所までお越しください。