

坂 出 市 長 殿

坂出市119番登録 (変更) 申請書

坂出市119番登録制度実施要領第3条および第6条の規定により, 次のとおり119番登録(変更)を申請します。

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男
登録者氏名					<input type="checkbox"/> 女
生年月日	年	月	日生	郵便番号	
住 所					
電話番号			携帯電話番号		
避難支援	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不必要				
使用補装具	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 義肢 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他()				
のか 医か 療り 機つ 関け	医療機関名	診療科	治療中の疾患	使用薬, 用量服用上の注意	
収 容 先	第一希望	第二希望		その他	
				<input type="checkbox"/> 病態に適した医療機関	
世 帯 状 況	氏 名	続 柄	生 年 月 日	自力避難の可・否	
				<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
				<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
				<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
				<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
緊 急 連 絡 先	氏 名	続 柄	住 所	電 話 番 号	
※ 協 力 員	氏 名	続 柄	住 所	電 話 番 号	
その他 特記事項					

※ 協力員とは, 手話通訳等ができる方, または近隣者, 友人等を記入してください。

上記の内容について, 救急搬送による医療機関(登録者のかかりつけの医療機関, 収容先等)への情報提供, または災害や事故等の発生時における支援情報として活用することを承諾します。

年 月 日 氏名