

# 記入例

## Net119登録等申請書

登録番号

記入不要

坂出市消防長 殿

年 月 日

該当する□に✓を記入して下さい。

登録申請  
登録規約および緊急時に坂出市消防本部が必要と判断した場合については、記載事項について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の上、システムへの登録を申請します。

登録内容の変更

利用の取消し（理由： \_\_\_\_\_）  
\_\_\_\_\_ を申請します。

### 1 基本情報

利用区分 【必須】	<input checked="" type="checkbox"/> 坂出市 ・ <input type="checkbox"/> 宇多津町		
	<input checked="" type="checkbox"/> 居住者 ・ <input type="checkbox"/> 通勤 ・ <input type="checkbox"/> 通学		
利用者氏名 【必須】	(フリガナ) ショウボウ マロ 消 防 ま ろ		
生年月日 【必須】	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 30年 12月 4日 (64歳)	性別 【必須】	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
登録するメールアドレス 【必須】	分かりやすい文字等で正確に記入し net-119@docomo.ne.jp (ハイフン)	ハイフン (-) とアンダーバー ( _ ) やイチ ( 1 ) とエル ( l ) 等の間違 いやすい英数字は補記してください。	
使用する携帯通信 端末の機種 【必須】	インターネット接続機能,電子メール機能および iPhone8(ドコモ)	機種名とできれば通信会社も記載してください。	
「住所」として 登録する場所 【必須】	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	〒 762-0003	
	<input type="checkbox"/> 通勤先	坂出市久米町一丁目17番23号	
	<input type="checkbox"/> 通学先	施設名称: ショウボウハイツ201号	
電話番号	090-1111-2222 0877-46-9999		
FAX番号	0877-46-0000		
障がい内容	聴覚障がい, 手話必要など		
備考	例:オートロックの解除番号など		

2 緊急時連絡先(任意)

通報したときに知らせてほしいかたがいれば以下に記入してください。

※の連絡方法は、1つ以上記入してください。

(フリガナ) 氏 名	サカイデ ショウタ 坂出 消太	本人との関係	長男
連 絡 先	住 所	坂出市室町二丁目 3 番 5 号	
	※連絡 方法	電話番号	090-9999-9999
		FAX番号	0877-44-9999
		メールアドレス	syouta.fd@softbank.ne.jp
備 考			

3 よく行く場所 (任意)

「住所」として登録する場所以外で、よく行く場所があれば記入して下さい。(2箇所まで可)。

(1)	名 称	マンション宇多津102号	
	所 在 地	宇多津町1881番地	
	備 考	例:学校, 親戚宅 など 実家	<b>坂出市・宇多津町以外の場所 を記載してもかまいません。</b>
名 称			
(2)	所 在 地		
	備 考	例:学校, 親戚宅 など	

4 医療情報(任意)

持病や今までにかかった病気, かかりつけ病院などがあれば記入してください。

血 液 型	<input checked="" type="checkbox"/> A ・ <input type="checkbox"/> B ・ <input type="checkbox"/> O ・ <input type="checkbox"/> AB ( RH : <input type="checkbox"/> + ・ <input type="checkbox"/> - ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不明 )
持 病	高血圧・不整脈・腰痛
常 用 薬	血圧を下げる薬
アレルギー	なし
かかりつけ 医療機関	〇〇病院, △△病院
備 考	高血圧・不整脈は〇〇病院, 腰痛は△△病院

注1 該当する□には、レ印を記入してください。

2 登録内容の変更を申請する場合は、変更箇所のみ記入してください。