

|      |
|------|
| 登録番号 |
|      |

Net119登録等申請書

坂出市消防長 殿

年 月 日

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<br>【必須】          | <input type="checkbox"/> 坂出市 ・ <input type="checkbox"/> 宇多津町  |                  |   |
|                       | <input type="checkbox"/> 居住者 ・ <input type="checkbox"/> 通勤 ・ <input type="checkbox"/> 通学            |                  |   |
| 利用者氏名<br>【必須】         | (フリガナ)  |                  |   |
| 生年月日<br>【必須】          | <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和<br>年 月 日 ( 歳) | 性別<br>【必須】       | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 登録するメールアドレス<br>【必須】   | 分かりやすい文字等で正確に記入して下さい。   |                  |   |
| 使用する携帯通信端末の機種<br>【必須】 | インターネット接続機能,電子メール機能およびGPS測位機能を有する携帯通信端末に限ります。   |                  |   |
| 「住所」として登録する場所<br>【必須】 | <input type="checkbox"/> 自宅   | 〒 _____<br>施設名称: |   |
|                       | <input type="checkbox"/> 通勤先  |                  |   |
|                       | <input type="checkbox"/> 通学先  |                  |   |
| 電話番号                  |   |                  |   |
| FAX番号                 |   |                  |   |
| 障がい内容                 |   |                  |   |
| 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)<br>氏 名 |           |       | 本人との関係 |  |
| 連 絡 先         | 住 所       |       |        |  |
|               | ※連絡<br>方法 | 電話番号  |        |  |
|               |           | FAX番号 |        |  |
| メールアドレス       |           |       |        |  |
| 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   |              |
|     | 所 在 地 |              |
|     | 備 考   | 例:学校, 親戚宅 など |
| (2) | 名 称   |              |
|     | 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 type="checkbox"/> A ・ <input type="checkbox"/> B ・ <input type="checkbox"/> O ・ <input type="checkbox"/> AB ( RH : <input type="checkbox"/> + ・ <input type="checkbox"/> - ・ <input type="checkbox"/> 不明 ) |
| 持 病           |   |
| 常 用 薬         |   |
| アレルギー         |   |
| かかりつけ<br>医療機関 |   |
| 備 考           |   |

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。