|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

Net１１９緊急通報システム登録申請書

 **令和　元年　　月　　日**

**１　利用者情報（太枠内は必ず記入してください）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別男・女 | 生年月日（西暦）年　　月　　日生 |
| 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 | 〒　三重県 |
| メールアドレス |  |
| 障害の内容 |  |
| 端末種別 | 携帯電話（フューチャーホン）・スマートフォン・タブレット |
| ファックス番号 |   |
| 連絡先電話番号 |   |
| **２　良く行く場所（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 | フリガナ | 本人との関係 | 電話番号 | ファクス番号 |
| 氏　　名 | メールアドレス |
| 連絡先１ |  |  |  |  |
|  |  |
| 連絡先２ |  |  |  |  |
|  |  |
| 連絡先３ |  |  |  |  |
|  |  |
| **裏面に続く****４　通勤・通学先（菰野町外にお住まいの方で菰野町内に通勤・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）** |
| 既往症（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。

《　申請書類の提出先及びお問い合わせ先　》

　〒510-１２５３

　　菰野町大字潤田4418番地　菰野町消防署

　　電話番号：059-394-3239　ファックス番号：059-394-5766

　　電子メールアドレス　komonofd119@m3.cty-net.ne.jp

※ ファックスでお問い合わせされる場合は、送信元のファックス番号を必ずご記入ください。