

Net119（新規・変更・廃止）申請書兼承諾書

申請日： 年 月 日			
大崎地域広域行政事務組合 消 防 本 部 消 防 長 様			
申請者		住所	
氏名		ふりがな	
<p>私は、Net119利用案内及び、注意事項を承諾し申請します。</p> <p>なお、緊急時に通信指令センターが必要と判断した場合には、記載事項について第三者（行政機関や医療機関、警察等の消防救急活動に必要と認められる範囲）に情報提供をすることについて承諾します。</p> <p>また、大崎消防以外の消防機関が通報を受付した場合も、上記と同様に情報提供を承諾します。</p>			
基本情報（必須記載事項）		登録者署名_____	
ス マ ー ト フ ォ ン ・ 携 帯 電 話			
ふ り が な			
氏 名			
メールアドレス			
性 別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
住 所			
固定電話番号	携帯電話番号		
障がいの種類			
コミュニケーション方法			
障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

緊急連絡先（任意記載事項）

ふりがな 氏 名			
本人との関係			
固定電話番号		携帯電話番号	
住 所			
備 考			

よく行く場所（任意記載事項）

自宅以外でよく行く場所があれば記入してください。

①	名 称	
	住 所	
	備 考	
②	名 称	
	住 所	
	備 考	

持病・いつも行く病院情報（任意記載事項）

持病（今持っている病気）	
病 院 名	
病 院 住 所	
病院電話番号	
血 液 型	
ア レ ル ギ ー	
備 考	

申請日：平成31年4月14日

大崎地域広域行政事務組合
消防本部 消防長 様住所 大崎市古川千手寺町2丁目5-20
申請者 氏名 おおさき らいす
ふりがな 大崎 らいす

私は、Net119利用案内及び、注意事項を承諾し申請します。
 なお、緊急時に通信指令センターが必要と判断した場合には、記載事項について第三者（行政機関や医療機関、警察等の消防救急活動に必要と認められる範囲）に情報提供をすることについて承諾します。
 また、大崎消防以外の消防機関が通報を受付した場合も、上記と同様に情報提供を承諾します。

登録者署名 大崎 らいす

基本情報（必須記載事項）

スマートフォン ・ 携 帯 電 話

ふりがな	おおさき らいす		
氏名	大崎 らいす		
メールアドレス	raisu@docomo.ne.jp（「o」オーと「0」ゼロ/「1」エルと「1」イチなどわかりやすく記入してください）		
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女	生年月日	平成7年11月9日
住所	大崎市古川千手寺町2丁目5-20		
固定電話番号	22-2351	携帯電話番号	090-1199-0119
障がいの種類	感音性難聴		
コミュニケーション方法	手話 ・ 筆談		
障害者手帳の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

緊急連絡先（任意記載事項）

ふりがな 氏名	おおさき たろう 大崎 太郎		
本人との関係	父		
固定電話番号	22-2351	携帯電話番号	
住所	申請者に同じ		
備考	父は健聴者です		

よく行く場所（任意記載事項）

自宅以外でよく行く場所があれば記入してください。

①	名称	〇〇株式会社
	住所	大崎市古川北町3丁目2-20
	備考	勤務先
②	名称	
	住所	
	備考	

持病・いつも行く病院情報（任意記載事項）

持病（今持っている病気）	なし
病院名	なし
病院住所	
病院電話番号	
血液型	O型(RH+)
アレルギー	なし
備考	