

窓口申請登録用紙

携帯電話

・スマートフォン

■ 基本情報（必須）

氏名【必須】	消防 太郎	<p>注意！！ 「o」(オー)と「0」(ゼロ)、「l」(エル)と「1」(イチ)など、わかりやすく記入してください。</p>
フリガナ【必須】	ショウボウ タロウ	
メールアドレス【必須】	syouboutarou@●●●●●.ne.jp	
性別【必須】	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女性	
生年月日【必須】	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ・ 令和    ○○ 年 ▲ 月 ■■ 日	
住所【必須】	那珂川市■●○-○-○ ▲▲マンション1001号	
住所備考	例) オートロックの暗証番号など オートロックの暗証番号 1234 スーパー○○のとなり	
電話番号	092 - 953 - 2211	
FAX番号	092 - 953 - 0688	
障がい内容	難聴、手話不可、筆談可	
備考	同じマンションに両親が住んでいます（1102号）	

■ 緊急連絡先（任意）

通報したときに知らせてほしい方がいれば以下に記入してください。記載内容の確認をお願いする場合がありますので、できるだけ記入してください。

氏名【必須】	消防 一郎
フリガナ【必須】	ショウボウ イチロウ
本人との関係【必須】	父
電話番号	000-0000-0000
FAX番号	000-000-0000
メールアドレス	shoubouitorou@●●●●●.ne.jp
住所	那珂川市■●○-○-○ ▲▲マンション1102号
備考	父は健聴者です

■ よく行く場所（任意）

自宅以外でよく行く場所（勤務先や学校など）があれば記入してください。

名 称 【 必 須 】	那珂川市役所（勤務先）
住 所 【 必 須 】	那珂川市西隈1-1-1
備 考	

名 称 【 必 須 】	
住 所 【 必 須 】	
備 考	

■ 医療情報（任意）

持病やいままでにかかった重い病気、かかりつけの病院などがあれば記入して下さい。

血 液 型	A / B / <input checked="" type="radio"/> / AB (RH : + / - / <input checked="" type="radio"/> 不明)
持 病	高血圧
常 用 薬	◇◇◇◇◇10mg 1回/日
ア レ ル ギ ー	なし
医 療 機 関	〇〇〇病院 □□先生
備 考	月1回 薬処方のため通院

## 自宅略地図

〔記載に関する注意〕

- 自宅は判別しやすいように強調して記載ください。
- 自宅近くの目標物となるもの（交差点名やコンビニエンスストア公共性の高い建物など）と自宅の両隣及び向かいの建物名称（個人宅の場合は表札名）も記載してください。

【自宅略地図】

**略地図を書いていただくか、ご自宅が分かる地図等を添付してください**