

第1号様式（第4条関係）

茅ヶ崎市NET119利用登録・変更申込書

年 月 日

（宛先）茅ヶ崎市消防長

申込者

住所：_____

（ふりがな）

氏名：_____

代理人

住所：_____

（ふりがな）

氏名：_____

申込者との関係：_____

私は、茅ヶ崎市NET119について、利用案内及び登録規約を承諾し申し込みます。
また、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、関係行政機関、医療機関等へ情報提供することに同意します。

ご署名：_____

申込者の基本情報【必須】 スマートフォン ・ スマートフォン以外

性 別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日
電 話 番 号	携帯番号 ()		
	F A X 番号 ()		
メールアドレス	@		
申 込 理 由 (障がい等の状況)		身体障がい者 手帳番号	
手話通訳等の派遣	<input type="checkbox"/> 希望する (<input type="checkbox"/> 手話通訳 ・ <input type="checkbox"/> 要約筆記) ・ <input type="checkbox"/> 希望しない		

※身体障がい者手帳をお持ちでない場合は、太枠内の記入は不要です。

※のある欄は、該当するにレ印を記入してください。

茅ヶ崎市又は寒川町に在勤・在学の方は次の欄に記載してください。

勤務先・学校名	
住 所	
電 話 番 号	

緊急連絡先【任意】 通報時に知らせてほしい方がいれば記入してください。

氏名/ふりがな	
本人との関係	<input type="checkbox"/> 夫 ・ <input type="checkbox"/> 妻 ・ <input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()
電 話 番 号	
住 所	

※のある欄は、該当するにレ印を記入してください。

医療情報【任意】

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"/> -)
持病/アレルギー	
常 用 薬	
掛 かり 付 け 医 療 機 関	
備 考	

※のある欄は、該当するにレ印を記入してください。