

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：_____

※身体障がい者手帳・職員証・学生証など、茅ヶ崎市に在住、在勤又は在学していることを証明できるものの写しを添付してください。

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。

茅ヶ崎市にお住まいの方で、市内に在勤・在学の方は必須

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。