

別記様式第1号（第4条関係）

（表）

年 月 日

大竹市消防長 様

申請者 住所： _____

氏名： _____ (印)

(利用登録者との関係)

大竹市NET119緊急通報システム登録申請書兼同意書

私は、大竹市NET119緊急通報システムの利用登録について、大竹市NET119緊急通報システム利用規約に同意のうえ、次のとおり申請します。

なお、緊急時に大竹市消防本部が必要と判断した場合は、登録申請書に記載した事項について、第三者（行政機関、医療機関、警察などの消防救急活動に必要と認められる範囲）に情報提供することに同意します。また、大竹市消防本部以外の消防機関が通報を受け付けた場合においても同様に、情報提供することに同意します。

署 名 _____

1 利用登録者の基本情報（※印の欄は、必ず記入してください。）

※ 氏 名	(フリガナ)	※ 性別	<input type="checkbox"/> 男
			<input type="checkbox"/> 女
※ 生 年 月 日	年 月 日		
※ 住 所			
※ 登録端末の種類	<input type="checkbox"/> スマートフォン <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> 携帯電話		
※ メールアドレス	@		
※ 電 話 番 号			
※ 申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 聴覚に障害 <input type="checkbox"/> 音声・言語に障害 <input type="checkbox"/> その他()		
勤務先又は通学先 (※大竹市以外に居住の方は、必ず記入してください。)	名 称		
	住 所		
	電話番号		
携 帯 電 話 番 号		自 宅 F A X 番 号	
よく行く場所	名 称	住 所	

(裏)

2 緊急連絡先に係る情報（記入は、任意ですが、できる限り記入してください。通報時に、救急隊や病院に伝えることがあります。）

緊急時連絡先氏名		
利用登録者との関係		
連絡先電話番号		
連絡先メールアドレス		

3 その他の利用登録者情報（記入は、任意ですが、持病やかかりつけの病院などがあれば、できる限り記入してください。）

既往歴（持病）		
医療機関	かかりつけ	
	電話番号	

【申請先・問い合わせ先】

〒739-0605 広島県大竹市立戸一目2番10号

大竹市消防本部 消防課警防係

TEL：0827-53-7708

FAX：0827-53-7338

メールアドレス：honbu@city.otake.hiroshima.jp



以下の欄には、記入しないで下さい。

受付欄	経過欄		
	審査完了	年	月 日
	登録決定	年	月 日
	登録完了	年	月 日
	その他		