下呂市消防本部
消防長 　　　　　　　　　あて

NET119利用等申請書兼承諾書

私は、下呂市NET119緊急通報システム運用要綱に基づき、NET119緊急通報システムの利用について下記のとおり（登録・変更・廃止）を申請します。

また、申請にあたり、次のとおり個人情報を提供することに同意します。

【同意事項】

- ・緊急時に消防本部が必要と判断したときは、第三者（行政機関や医療機関、警察等）に情報提供すること。
- ・本市以外の消防機関が通報を受け付けた場合も、上記と同様に情報提供すること。

署名 _____ ㊟

利用端末 ○をつけてください

利用者連絡先情報等（必ず書いてください。） 【携帯電話・スマートフォン・タブレット等】

住 所	下呂市 _____ アパート等 名称 _____ 棟 _____ 号室 目標物 _____	
（ふりがな） 世帯主氏名		
（ふりがな） 本人氏名	（世帯主との続柄）	
生 年 月 日	年 月 日	
連 絡 先	登録メールアドレス	
	携 帯 電 話	（ ） —
	加 入 電 話	（ ） —
	F A X 番 号	（ ） —
コミュニケーションの方法	☐ 手話通訳が必要 ☐ 筆談で行う ☐ 補聴器で対話が可能	
その他（ご意見）		

※登録・変更・廃止のいずれかに○をつけてください。

※変更の場合は、変更部分のみ記入してください。

※廃止の場合は、枠内の記入は不要です。

家族構成(同居している方の中で要支援者に該当する人を記入してください)

(ふりがな) 氏名	続柄	生年月日	年齢	病名等	障がいの 有 無	部位・等級
					有・無	
					有・無	
					有・無	

緊急連絡先 1

住 所					
氏 名				本人との関係	
連 絡 先	携 帯 電 話	( )	—		
	加 入 電 話	( )	—		
備 考					

緊急連絡先 2

住 所					
氏 名				本人との関係	
連 絡 先	携 帯 電 話	( )	—		
	加 入 電 話	( )	—		
備 考					

かかりつけ病院・持病情報 (できるだけ記入)

持 病					
	※複数回答可				
血 液 型	A	/	B	/	O / AB Rh (+ / -)
医 療 機 関 名					
医 療 機 関 住 所					
医 療 機 関 電 話 番 号	( )	—		( )	—
備 考					

担当課処理 ※下欄は記入しないでください。

登録	変更	廃止	台帳記載