Ｎｅｔ１１９緊急通報システム利用登録・変更・中止申請書

（申請日） 　　　　年　　　月　　　日

揖斐郡消防組合消防長　様

（申請者）　住　所

氏　名

代理人の方が申請する場合は記入してください。

（代理人）　住　所

氏　名

電話番号

申請者との関係

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請種別 | □ | 利用の申込み | □ | 利用登録の変更  利用端末の変更 | □ | 利用の中止 |

１　利用登録情報【 太枠内必須 】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な |  | 性別 | 男　 ・ 　女 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和  　　　年　　　月　　　日生 |
| 住所 |  | | |
| 自宅電話番号 | 自宅に健聴者が（いる・いない） | | |
| メールアドレス |  | | |
| 障がい内容 |  | | |
| 【任意】携帯電話番号 |  | | |

２　勤務先、通学先情報【 任意 】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※通勤先  又は  通学先 | 名 称 |  |
| 住 所 |  |
| 電話番号 |  |

※大野町、揖斐川町以外に在住の方は必ず記入して下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な |  | 登録者との関係【 必須 】 |
| 氏名  【 必須 】 |  |  |
| ※メールアドレス |  | |
| ※電話番号 |  | |
| ※ＦＡＸ番号 |  | |

３　緊急連絡先【 任意 】

* 登録を希望される方は、メールアドレス／電話番号／FAX番号のいずれかは記入してください。

４　よく行く場所【 任意 】

　　自宅以外でよく行く場所があれば記入してください。（複数記載可）

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　　称 |  |
| 住　　　所 |  |

５　持病・かかりつけ病院【 任意 】

|  |  |
| --- | --- |
| 持　　　病 |  |
| かかりつけ病院 |  |

《申請書類の提出先及び問い合わせ先》

　〒501-0565

　　揖斐郡大野町中之元824

揖斐郡消防組合消防本部　指令室

　　電話番号：0585-32-0119

FAX番号：0585-35-2797

　　メールアドレス：sirei@fd-ibi.jp

　※原則平日の8：30～17：15の間で受付を行います。来署される場合は事前のご予約をお願します。

　※FAXで問い合わせされる場合は、送信元のFAX番号を必ず記入してください。