

申請登録用紙

携帯電話 ・ スマートフォン

■ 基本情報（必須）

| | |
|-------------|------------------|
| 氏名【必須】 | |
| フリガナ【必須】 | |
| メールアドレス【必須】 | @ |
| 性別【必須】 | 男性 ・ 女性 |
| 生年月日【必須】 | 昭和・平成・令和 年 月 日 |
| 住所【必須】 | |
| 住所備考 | 例) オートロックの暗証番号など |
| 電話番号 | — — |
| FAX番号 | — — |
| 障がい内容 | |
| 備考 | |

■ 緊急連絡先（任意）

通報したときに知らせてほしい方がいれば以下に記入してください。

| | |
|------------|--|
| 氏名【必須】 | |
| フリガナ【必須】 | |
| 本人との関係【必須】 | |
| 電話番号※ | |
| FAX番号※ | |
| メールアドレス※ | |
| 住所 | |
| 備考 | |

※の連絡方法は、少なくとも1つ以上、入力してください。

■ よく行く場所（任意）

自宅以外でよく行く場所（勤務先や学校など）があれば記入してください。

| | |
|-------------|--|
| 名 称 【 必 須 】 | |
| 住 所 【 必 須 】 | |
| 備 考 | |

| | |
|-------------|--|
| 名 称 【 必 須 】 | |
| 住 所 【 必 須 】 | |
| 備 考 | |

■ 医療情報（任意）

持病やいままでにかかった重い病気、かかりつけの病院などがあれば記入して下さい。

| | |
|-----------|-------------------------------------|
| 血 液 型 | A / B / O / AB (RH : + / - / 不明) |
| 持 病 | |
| 常 用 薬 | |
| ア レ ル ギ ー | |
| 医 療 機 関 | |
| 備 考 | |