

(宛先) 秋田市消防長

申込者 住所 : 秋田市〇〇一丁目×番×号  
消防マンション 3階 301号  
 氏名 : 秋田太郎

利用者との続柄 父

NET119 緊急通報システムについて、NET119 緊急通報システム利用規約に同意し申込みます。なお、緊急時に消防機関が必要と判断した場合は、消防救急活動等に必要と認められる範囲に限り、記載事項について第三者（行政機関・医療機関・警察等）に情報を提供することを承諾します。

1 利用者(必須)

フリガナ	アキタイチロウ	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	秋田一郎	生年月日(西暦)	××××年××月×日××歳
住所	〒 ×××-××××		
	秋田市〇〇一丁目×番×号 (アパート名等・階数・部屋番号) <u>消防マンション 3階 301号</u>		
端末種別	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input checked="" type="checkbox"/> スマートフォン <input type="checkbox"/> タブレット		
携帯電話 メールアドレス	090-0000-1111 akita_ichiro@△△△.ne.jp * 0(ゼロ)と0(オー)、1(イチ)と1(エル)、.9(ク)とq(キュー)、-(ハイフン)と_(アンダーバー)等にフリガナを付けてください。		
障がい状況	<input checked="" type="checkbox"/> 言語障がい <input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> その他( )		
障がい者手帳番号(任意)	第 号		
会話方法	<input type="checkbox"/> 手話 <input checked="" type="checkbox"/> 筆談	かかり付け病院	〇〇〇総合病院

2 緊急連絡先

氏名	関係	電話番号	住所
秋田太郎	父	090-××××-××××	秋田市〇〇一丁目×番×号
秋田花子	母	090-××××-××××	秋田市〇〇一丁目×番×号

※ 秋田市障がい福祉課への情報提供 同意する 同意しない  
(いずれかに○を記してください。)

※記載後、秋田市消防本部指令課へ持参してください。

※指令課へおこしの際は本人確認のため障がい者手帳、運転免許証、マイナンバーカードのいずれかと携帯電話をご持参してください。