

## 申請登録用紙【提出用】

### ■ 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         | —      —                      |
| F A X 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       |  |
| F A X 番 号     |  |
| メ ー ル ア ド レ ス |  |
| 住 所           |  |
| 備 考           |  |

■ よく行く場所 (任意) 【提出用】

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     | 該当する血液型を○印<br>A / B / O / A B |
| 持 病       |                               |
| 常 用 薬     |                               |
| ア レ ル ギ ー |                               |
| 医 療 機 関   |                               |
| 備 考       |                               |

自宅略地図【提出用】

〔記載に関しての注意〕

- ・ 自宅は判別しやすいように強調して記載ください。
- ・ 自宅近くの目標物となるもの（交差点名やコンビニエンスストア公共性の高い建物など）と自宅の両隣及び向かいの建物名称（個人宅の場合は表札名）も記載してください。

【自宅略地図】