

様式第1号（第3条・第6条関係）

記入例

平成24年2月14日

仲多度南部消防組合管理者 殿

（申請者）住所 仲多度郡琴平町五条313

氏名 消防太郎 印

仲多度南部消防組合119番あんしん登録（変更）申請書

仲多度南部消防組合119番あんしん登録制度実施要綱第3条及び第6条の規定により、次のとおり登録（変更）を申請します。 □はチェックすること。

ふりがな 登録者	しょうぼう たろう		居住形態	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居	
	消防太郎				
住所	琴平町 五条313 番地		電話番号	73-4972	
	アパート名（ 南部ハイツ ）		携帯番号	090-0000-0000	
	（ 3 ）階（ 301 ）号室		FAX番号		
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	血液型		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O		
世帯主		氏名（消防太郎）		続柄（本人）	
	氏名	関係	住所	電話番号	
連絡先	消防花子	娘	まんのう四条〇〇番地	0877-73-0000	
協力者	消防二郎	知人	琴平町五条〇〇番地	0877-73-0000	

※ 協力者欄には、隣人、友人等で緊急時に支援活動に参加可能な方を記入して下さい。

障害手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有りの場合 (<input type="radio"/>) 級		
障害区分	<input type="checkbox"/> 肢体 (上肢・下肢・全身) <input type="checkbox"/> 内部 (視覚・聴覚・知的・精神)		
自力避難	<input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能	介助歩行	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能
使用補装具	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> その他 ()		
主な症状 (病名) 又は障害	1 脳障害の為、左足が動かない。		
	2		
	3		
	4		
	5		
通院先	医療機関名	診療科目・担当医	診察券番号
	〇〇病院	〇〇科〇〇医師	0000
希望病院	第 1 希望	第 2 希望	第 3 希望
	〇〇病院	〇〇病院	
備考	自力歩行困難。車椅子を使用している。 〇〇の病気で〇〇病院についている等。		

上記の内容を救急搬送時の医療機関 (医師) への情報提供、災害・事故等の発生時における支援情報として活用することを承諾します。

平成 24 年 2 月 24 日

登録者氏名 消 防 太 郎 (印)