

(あて先)川越地区消防組合管理者

Web緊急通報システム利用(新規・変更・中止)申請書

利用規約(ご利用案内)に同意します。平成 年 月 日 利用者氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

|                                 |   |           |              |   |           |  |
|---------------------------------|---|-----------|--------------|---|-----------|--|
| 利用者情報                           |   | 整理番号      |              |   |           |  |
|                                 |   | 申込年月日     |              | 平成 年 月 日  |           |  |
| ふりがな                            |   | 性別<br>男・女 | 生年月日<br>(西暦) | 年 月 日   |           |  |
| 氏名                              |   |           | 血液型          | 型・不明  |           |  |
| 住所(アパートまたはマンション名、号室まで記入してください。) |   |           |              |   |           |  |
| 〒                               |   |           |              |   |           |  |
|                                 |   |           |              |   |           |  |
| 障害の状況                           | <input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 言語機能障がい   |           |              |   |           |  |
| 携帯機種                            | <input type="checkbox"/> docomo <input type="checkbox"/> au <input type="checkbox"/> SoftBank <input type="checkbox"/> その他( ) |           |              |   |           |  |
| 携帯番号                            |   |           | GPS機能        | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |           |  |
| 携帯メールアドレス<br>(ID)               |   |           |              |   |           |  |
| パスワード                           | ※任意の4~16文字の半角英数字をお選び下さい。  |           |              |   |           |  |
| 自宅電話番号                          |   |           | 自宅FAX        |   |           |  |
| 掛り付け医療機関※                       |   |           |              |   |           |  |
| 持病※                             |   |           |              |   |           |  |
| 親族・家族<br>連絡先<br>※               | 氏名  |           |              | 電話番号  | 電話<br>FAX |  |
|                                 | 住所  |           |              |   | 続柄        |  |
|                                 | 氏名  |           |              | 電話番号  | 電話<br>FAX |  |
|                                 | 住所  |           |              |   | 続柄        |  |
| 備考                              |   |           |              |   |           |  |

- ・  (太線内)の部分のみご記入ください。 ※の部分は該当がなければ未記入でかまいません。
- ・ 18歳未満の方は、保護者の同意のもと保護者氏名もご記入ください。
- ・ 色つきの項目に変更が生じた場合は、変更の申請を行ってください。

- 受信拒否の解除
- 機器の登録
- ログイン・お気に入り等に登録
- テスト通報

|         |    |         |    |
|---------|----|---------|----|
| 申請受理担当課 |    | 通報受信担当課 |    |
| 担当      | 課長 | 担当      | 課長 |
|         |    |         |    |