FAX119システム利用登録申込書

様式第１号

（利用・変更・中止）

平成　　年　　月　　日

申込者住所

申込者氏名

　次のとおり、本市町村が提供する「FAX119システム」について、別紙ご利用案内および注意事項を承諾のうえ、申し込みます。

１　利用者情報（太枠内は必ず記入してください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な |  | 性　別 | 生　年　月　日 |
| 氏　　　　　名 |  | 男・女 | 年　　月　　日 |
| 住　　　　　所 | 〒 | | |
| 自宅電話番号 | （　　　　）　　　－  自宅に健聴者が（いる・いない） | | |
| 自宅FAX番号 | （　　　　）　　　－ | | |
| 障がいの状況 | 聴　覚　・　言　語　・　そ　の　他（　　　　） | | |
| 手話又は筆談の状況 | 手話が（できる・できない）　筆談が（できる・できない） | | |

２　通勤・通学先

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先（学校）名称 |  |
| 勤務先（学校）所在地 | 〒 |
| 勤務先（学校）電話番号 | （　　　　）　　　－  勤務先（学校）に健聴者が（いる・いない） |

３　既往歴

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 既往歴（　　年　　月） | 病　　　名 | 医療機関及び診療科目 |
|  |  |  |
|  |  |  |

４　かかりつけの医療機関

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医 療 機 関 名 | 所　在　地 | 電　話　番　号 |
|  |  | （　　　）　　－ |
|  |  | （　　　）　　－ |

５　緊急連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | 続柄 | 住　　所 | 電　話　番　号 |
|  |  |  | （　　　）　　－ |
|  |  |  | （　　　）　　－ |