**代理申請登録用紙【記入例】**

携帯電話　・　スマートフォン

* **基本情報（必須）**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名【必須】 | 消防　太郎 |
| フリガナ【必須】 | ショウボウ　タロウ  **【注意!!】**  **「o」（オー）と「０」（ゼロ）**  **「l」（エル）と「１」（イチ）など、わかりやすく記入してください。** |
| メールアドレス【必須】 | shouboutaro ＠ docomo.ne.jp |
| 性別【必須】 | 男性　・　女性 |
| 生年月日【必須】 | 昭和・平成・令和　　　50年　　5月　　　5日 |
| 住所【必須】 | 鹿児島県薩摩郡さつま町宮之城屋地○―○―○ |
| 住所備考 | 例）　スーパー○○の隣 |
| 電話番号 | 078　－　　XXXX　　－　XXXX |
| FAX番号 | 078　－　　XXXX　　－　XXXO |
| 障がい内容 | 難聴　手話不可 |
| 備考 | 同じ住宅に両親が住んでいます |

* 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。

|  |  |
| --- | --- |
| 名称【必須】 | 消防　一郎 |
| フリガナ【必須】 | ショウボウ　イチロウ |
| 本人との関係【必須】 | 父 |
| 電話番号 | 078　－　　XXXX　　－　OOOO |
| FAX番号 | 078　－　　XXXX　　－　XXOO |
| メールアドレス | shoubouichiro ＠ docomo.ne.jp |
| 住所 | 鹿児島県薩摩郡さつま町宮之城屋地○―○―○ |
| 備考 | 父は健聴者です |

* よく行く場所（任意）

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】 | スーパー○○（勤務先） |
| 住所【必須】 | 鹿児島県薩摩郡さつま町宮之城屋地〇〇〇番地 |
| 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 | A　／　B　／　O　／　AB  （RH　：　＋　／　－　／　不明） |
| 持病 | 糖尿病 |
| 常用薬 |  |
| アレルギー | なし |
| 医療機関 | ○○病院　○○先生 |
| 備考 | 月1回インシュリン投与のため通院 |

自宅略地図**【記入例】**

〔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】

**スーパー○○**

**国道××号線**

**県道●●号線**

**××町　交差点**

**ガソリンスタンド**

**コンビニエンスストア**

**←　至　○○駅**

**至　○○市方面　→**

**佐藤**

**鈴木**

**←　至　●●小学校**

**い**

**至　■■公園　→**

**→**

**い**

**自宅　角から二件目**