

様式2

代理申請登録用紙

携帯電話 ・ スマートフォン

■ 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 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        | — —              |
| FAX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】     |  |
| 本人との関係【必須】 |  |
| 電話番号       |  |
| FAX番号      |  |
| メールアドレス    |  |
| 住所         |  |
| 備考         |  |

■ 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 】 |  |
| 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     | A / B / O / AB<br>(RH : + / - / 不明) |
| 持 病       |                                     |
| 常 用 薬     |                                     |
| ア レ ル ギ ー |                                     |
| 医 療 機 関   |                                     |
| 備 考       |                                     |

## 自宅略地図

〔記載に関する注意〕

- 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】