

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
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 50年 5月 5日
住所【必須】	東京都港区芝大門〇—〇—〇 〇〇マンション1001
住所備考	例) オートロックの暗証番号など オートロック暗証番号1234 スーパー〇〇のとなり
電話番号	03 - XXXX - XXXX
FAX番号	03 - XXXX - XXX0
障がい内容	難聴 手話不可
備考	同じマンションに両親が住んでいます

【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。

■ 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
本人との関係【必須】	父
電話番号	03 - XXXX - 0000
FAX番号	03 - XXXX - XX00
メールアドレス	shoubouichiro @ docomo.ne.jp
住所	東京都港区芝大門〇—〇—〇 〇〇マンション1002
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 】	株式会社ドーン（勤務先）
住 所 【 必 須 】	東京都港区芝大門2-12-9 HF 浜松町ビルディング2F
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 / ○ / AB (RH : + / - / 不明)
持 病	糖尿病
常 用 薬	
ア レ ル ギ ー	なし
医 療 機 関	〇〇大学病院 〇〇先生
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】

