別紙２

Ｅメール１１９番通報（利用・変更・中止）申込書

　　　年　　　月　　　日

申　込　先

鎌　倉　市　消　防　長

申込者住所

印

申込者氏名

次のとおりEメール１１９番通報（利用・変更・中止）について、利用案内の利用条件及び注意事項に承諾

のうえ、申し込みます。また、　緊急時に消防本部が必要と判断した場合は、記載事項について第三者に情

報提供すること及び手帳情報について、関係機関から情報提供を受けることに同意します。

１　利用者

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性　別  男・女 | | 生年月日（西暦で記入）  年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 氏名 |  | |
| 障　害　者　手　帳をお持ちの方 | 手　帳　番　号 | 障　害　種　別 | | | | | 等　　　　　級 |
|  |  | | | | |  |
| 障　害　者　手　帳をお持ちでない方 | Eメール119番通報を必要とする理由 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | |
| 登録アドレス |  | | | | | | |
| 登録番号 | （消防本部で記入します） | | | | | | |
| 自宅電話番号 |  | | | 自宅FAX | |  | |
| 携帯電話番号 |  | | | | | | |

２　緊急連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 連絡先電話番号 | メールアドレス又はFAX |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

３　既往歴

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 既往歴（　年　月） | 病名 | 受診病院 |
|  |  |  |
|  |  |  |

４　かかりつけ病院

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | 診察券番号 | 受診科目 | 電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

①　上記の（利用・変更・中止）該当部分を○で囲んで下さい。

②　届け出の「２」緊急連絡先から「４」かかりつけ病院については、支障のない項目のみ記入して下さい。

③　利用中止の場合は、「１」のみ記入して下さい。

Ｅメール１１９番通報（利用・変更・中止）申込書

***記　入　例***

　　　年　　　月　　　日

申　込　先

鎌　倉　市　消　防　長

申込者住所　鎌倉市大船３－５－１０

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込者氏名　　　　　消　防　太　郎

次のとおりEメール１１９番通報（利用・変更・中止）について、利用案内の利用条件及び注意事項に承諾

のうえ、申し込みます。また、　緊急時に消防本部が必要と判断した場合は、記載事項について第三者に情

報提供すること及び手帳情報について、関係機関から情報提供を受けることに同意します。

１　利用者

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | しょうぼう　たろう | | 性　別  男・女 | | 生年月日（西暦で記入）  １９５８年　　１２月　　２８日 | | |
| 氏名 | 消　防　太　郎 | |
| 障　害　者　手　帳をお持ちの方 | 手　帳　番　号 | 障　害　種　別 | | | | | 等　　　　　級 |
| 神奈川県　１１９号 | 聴　覚 | | | | | ２　級 |
| 障　害　者　手　帳をお持ちでない方 | Eメール119番通報を必要とする理由 | | | | | | |
| 例：口腔内の疾病により、日常会話が困難 | | | | | | |
| 住所 | 〒２４７－００５６  鎌倉市大船３－５－１０ | | | | | | |
| 登録アドレス | Syoubou－tarou@docodemo.ne.jp | | | | | | |
| 登録番号 | （消防本部で記入します） | | | | | | |
| 自宅電話番号 | 0467-44-0995 | | | 自宅FAX | | 0467-44-5551 | |
| 携帯電話番号 | 090－＊＊＊－0119 | | | | | | |

２　緊急連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 連絡先電話番号 | メールアドレス又はFAX |
| 消　防　次　郎 | 弟 | 0467－43－2424 | Syoubou-jiro@docodemo.ne.jp 43-2424 |
|  |  |  |  |

３　既往歴

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 既往歴（　年　月） | 病名 | 受診病院 |
| 2001年５月 | 椎間板ヘルニア | 消防総合病院 |
|  |  |  |

４　かかりつけ病院

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | 診察券番号 | 受診科目 | 電話番号 |
| 消防総合病院 | 119―911 | 整形外科 | 045－119－1190 |
|  |  |  |  |

1. 上記の（利用・変更・中止）該当部分を○で囲んで下さい。
2. 届け出の「２」緊急連絡先から「４」かかりつけ病院については、支障のない項目のみ記入して下さい。
3. 利用中止の場合は、「１」のみ記入して下さい。