

新潟市NET119緊急通報システム
利用登録・変更・登録抹消申請書兼同意書

申請日 年 月 日

（あて先）新潟市消防局長

私は、新潟市NET119緊急通報システムについて、登録規約に承諾し、申込みします。
なお、緊急時に消防指令管制センターが必要と判断した場合、記載事項について第三者（消防救急活動に必要と認められる範囲で行政機関や医療機関、警察等）に情報提供することについても併せて同意します。

申請者
住所

署名

申請種別※1	<input type="checkbox"/> 利用登録の申込み	<input type="checkbox"/> 記載事項の変更※2	<input type="checkbox"/> 利用登録の抹消※3
--------	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

※1 申請種別の欄は、該当項目の口部分に✓チェックを入れてください。

※2 変更の場合は、変更部分のみ下記に記載してください。

※3 抹消の場合は、申請者住所・申請者署名のみ記載してください。

■ 基本情報（必須）

氏 名 【必須】	
フリガナ 【必須】	
端末種別 【必須】	スマートフォン ・ 携帯電話 ・ タブレット
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・令和 年 月 日
住 所 【必須】	
電 話 番 号	— —
F A X 番 号	— —
障 が い 内 容	
備 考	

※0（ゼロ）とo（オー）、1（いち）とl（エル）、6（ろく）とb（ビー）、9（きゅう）とq（キュー）など判別しづらい文字はふりがなをつけてください。

※裏面にも登録項目がありますので、ご記入をお願いします。

■ 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。記載内容の確認をお願いする場合がありますのでできるだけ、記入してください。

氏 名	
フリガナ	
本人との関係	
連絡先 ※いずれかひとつ以上に記入	電話番号 — — F A X 番号 — — メールアドレス <div style="text-align: right;">@</div>
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	
住 所	
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。

持 病	
常 用 薬	
ア レ ル ギ ー	
医 療 機 関	
備 考	