

登録番号(市記載)

様式第1号の2 (第4条関係)

## 大田原市緊急通報装置貸与者等登録申請書兼同意書

大田原市長 様

大田原市緊急通報装置貸与事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり貸与者等の登録を申請します。併せて登録情報を那須地区消防本部、居住区域の民生委員及び社会福祉法人大田原市社会福祉協議会（安心生活見守り事業担当）に提供することに同意します。

|             |                      |       |       |       |
|-------------|----------------------|-------|-------|-------|
| 申<br>請<br>者 | フリガナ<br>氏 名          |       | 申請年月日 | 年 月 日 |
|             | 住 所                  |       | 性 別   | 男 ・ 女 |
|             | 生年月日                 | 年 月 日 | 年 齢   |       |
|             | 電話番号                 |       | 血液型   |       |
|             | 備考(既往歴・自宅目標・同居者等を記載) |       |       |       |

## ◆緊急連絡先(親族等)

|             |            |     |  |
|-------------|------------|-----|--|
| フリガナ<br>氏 名 |            | 関 係 |  |
|             | ※自署してください。 |     |  |
| 住 所         |            |     |  |
| 電話番号        |            |     |  |

上記申請者の登録申請に当たり、緊急連絡先に関する者として上記の情報を那須地区消防本部、居住区域の民生委員及び社会福祉法人大田原市社会福祉協議会（安心生活見守り事業担当）に提供することに同意します。

(裏面へ)

●協力員(ご近所の方など、緊急時に駆け付けられる方を記載してください。)

|          |             |   |     |      |     |       |
|----------|-------------|---|-----|------|-----|-------|
| 協力員<br>① | フリガナ<br>氏 名 |   | 関 係 |      |     |       |
|          | 生年月日        | 年 | 月   | 日    | 性 別 | 男 ・ 女 |
|          | 住 所         |   |     | 駆付時間 |     |       |
|          | 電話番号        |   |     |      |     |       |
| 協力員<br>② | フリガナ<br>氏 名 |   | 関 係 |      |     |       |
|          | 生年月日        | 年 | 月   | 日    | 性 別 | 男 ・ 女 |
|          | 住 所         |   |     | 駆付時間 |     |       |
|          | 電話番号        |   |     |      |     |       |
| 協力員<br>③ | フリガナ<br>氏 名 |   | 関 係 |      |     |       |
|          | 生年月日        | 年 | 月   | 日    | 性 別 | 男 ・ 女 |
|          | 住 所         |   |     | 駆付時間 |     |       |
|          | 電話番号        |   |     |      |     |       |

■医療機関(極力、受診歴があり夜間対応可能のところを記載してください。)

|               |      |  |       |       |       |
|---------------|------|--|-------|-------|-------|
| 医療<br>機関<br>① | 名 称  |  | 診 療 科 |       |       |
|               | 住 所  |  |       | 主 治 医 |       |
|               | 電話番号 |  |       | 夜間対応  | 有 ・ 無 |
| 医療<br>機関<br>② | 名 称  |  | 診 療 科 |       |       |
|               | 住 所  |  |       | 主 治 医 |       |
|               | 電話番号 |  |       | 夜間対応  | 有 ・ 無 |