|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

システム

　ニライ消防本部　消防長 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 　印

は、について、「」をし、します。

なお、にがとしたについては、について（や、のにとめられる）にすることについてします。

また、以外のがをけたもにをします。

　　　　　　　　　　印

《》

(1) がのは、のがをってください。その、にはののをし、にはおのをおいします。

(2) システムのをされるは、以下のにをし、ニライまでしていただくか、してください。（それにるはのとなります。）

**≪登録申請≫**

**１　（はずしてください）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別男・女 | 生年月日　　　年　　月　　日生 |
| 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 |  |
| メールアドレス**（記入例を確認してください。）** |  |
|  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 自宅電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| **２　くく（できるだけしてください）** |
|  | 場所の名称 | 住　　　所 |
| 場所１ |  |  |
| 場所２ |  |  |
| **３　（できるだけしてください）** |
| 緊急連絡先 | フリガナ | 本人との関係 | 電話番号 | ＦＡＸ番号 |
| 氏　　名 | メールアドレス |
| 連絡先１ |  |  |  |  |
|  |  |
| 連絡先２ |  |  |  |  |
|  |  |
| 連絡先３ |  |  |  |  |
|  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **４　・** |

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先（学校）名称 |  |
| 勤務先（学校）住所 |  |
| 電話・FAX番号 | 電話　　　　　　　　　　FAX　 |

|  |
| --- |
| **5　（できるだけしてください）** |
| 既往歴（の大きな、現在の） |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **6　かかりつけ（できるだけしてください）** |
| 医療機関名 | 住所（市町村） | 担当医師 | 病院電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **7　そのの（できるだけしてください）** |
| 自宅に健聴者 | （有・無） |
| 手話または筆談の状況 | 手話が（できる・できない）　筆談が（できる・できない） |

※該当のものに○をつけてください。

《　のびおいわせ　》

〒904-0202

住所：嘉手納町字屋良1220番地

　ニライ

　　：098-956-9934　　FAX：098-956-9944

　　メールアドレス：keibou@nirai119.jp

※ でおいわせされるは、のをずごください。