

## 登録用紙

### ■ 基本情報（必須）

携帯電話    •     スマートフォン

氏 名 【 必 須 】		<input type="checkbox"/> 「浦安市障がい福祉課」 <input type="checkbox"/> 「浦安市消防本部」
フリガナ【必須】		
メールアドレス【必須】	@	
性 別 【 必 須 】	<input type="checkbox"/> 男性    • <input type="checkbox"/> 女性	
生年月日【必須】	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成	年        月        日
住 所 【 必 須 】	浦安市	
住 所 備 考	例) オートロックの暗証番号など	
電 話 番 号	—	—
F A X 番 号	—	—
障 が い 内 容		<b>手話必要の有無</b> <input type="checkbox"/> 有    • <input type="checkbox"/> 無
備 考		

**\* 赤字の選択項目は必ず登録時に担当者により入力すること。**

### ■ 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。

氏 名 【 必 須 】		
本人との関係【必須】		
電 話 番 号		
F A X 番 号		
メ ー ル ア ド レ ス		
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 【 必 須 】	
住 所 【 必 須 】	
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	<input type="checkbox"/> A型 / <input type="checkbox"/> B型 / <input type="checkbox"/> O型 / <input type="checkbox"/> AB型 (RH : <input type="checkbox"/> + / <input type="checkbox"/> - / <input type="checkbox"/> 不明)
持 病	
常 用 薬	
ア レ ル ギ ー	
医 療 機 関	
備 考	