ふれあいペンダント利用申請書（登録台帳）

　　　　年　　　　月　　　　日

　　昭和町長　　様

住所

申請者

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　ふれあいペンダントを利用したいので、次のとおり申請します。

　なお、緊急通報を発したときは、関係機関及び協力員の住宅内への立入りを認めるとともに、立入りに際し、やむを得ず住宅の一部を破損しても、責任は問いません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | 登録日 | | | | | 機器設置予定 | | | 更新 | | | | 登録抹消 | | | |
| No. | |  | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | 年　　月　　日 | | | 年　　月　　日 | | | | 年　　月　　日 | | | |
| （ふりがな）  氏名 | |  | | | | 男女 | | | 年　　月　　日生 | | | | | 住所の目標 | | |  | | | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 |  | | | | | |
| 居住建物 | | 居住階 | 階建て　　　階 | | | | 用途 | | | 専用住宅　共同住宅　その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | 血液型 | | 型 |
| 主な病名など | |  | | | | | | | | | | | | 身体の状況 | | | |  | | | | | | | | |
| かかりつけ医療機関 | | 病院名　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | 主治医 | | | | 科目　　　　　　　　　　　医師名 | | | | | | | | |
| 親族等連絡先 | | （ふりがな）  氏名 | | | | | 続柄 |  | | | | 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 鍵の管理者 | | （ふりがな）  氏名 | | | | | 関係 |  | | | | 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 搬送後の居住管理者 | | （ふりがな）  氏名 | | | | | 関係 |  | | | | 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急通報協力員 | 連絡順位 | 氏名 | | 性別 | 電話番号 | | | | | | 生年月日 | | | | 住所 | | | | | | | 鍵 | | | 利用者との関係 | |
| １ |  | | 男女 |  | | | | | | 年　　月　　日 | | | |  | | | | | | | 有無 | | |  | |
| ２ |  | | 男女 |  | | | | | | 年　　月　　日 | | | |  | | | | | | | 有無 | | |  | |
| ３ |  | | 男女 |  | | | | | | 年　　月　　日 | | | |  | | | | | | | 有無 | | |  | |
| センサー  設置場所 | | | | 特記  事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※太線の枠内へ記入し、裏面に自宅付近の略図を書いてください（住宅地図等の添付代用可）