

# 情報提供カード

※ No.		申請日	令和	年	月	日		
登録者	フリガナ					性別		
	氏名							
	生年月日	明治・大正	年	月	日	血液型	A・B	
		昭和・平成					AB・O	
	住所	錦町 北町 中央 南町 塚越	丁目				番	号
	マンション名							
	連絡先	自宅						
		携帯						
		FAX						
	同居人の有無	有・無	住宅用火災警報器の設置	有・無				
自力避難が 困難な 具体的理由	<input type="checkbox"/> 要介護認定 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語障害							
	<input type="checkbox"/> 上肢不自由 <input type="checkbox"/> 下肢不自由 <input type="checkbox"/> 体幹不自由							
	<input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> 知的障害							
	<input type="checkbox"/> その他( )							
緊急連絡先	フリガナ					関係		
	氏名							
	住所							
	連絡先	自宅		携帯				
情報提供者	フリガナ					関係		
	氏名							
	住所							
	連絡先	自宅		携帯				
承諾者	私は、この情報を提供することを承諾します。 住 所 氏 名 登録者との関係							
※ 受付日	年	月	日	※ 指令室	年	月	日	
登録日	担当者		⑩	登録日	担当者		⑩	

※ 太枠以外は、記入しないでください。

電話にあっては、緊急時に連絡がつくものを記載してください。

この情報は、火災等の災害活動以外には、利用いたしません。