

情報提供カード (記入例)

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|----------------------------|---------------|---|-------|-------|---------------|---|---|--|--|
| ※ No. | | | | | 申請日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | |
| 登録者 | フリガナ | ワラビ タロウ | | | | 性別 | | | | | |
| | 氏名 | 蕨 太郎 | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明治・大正 昭和・平成 | 11 年 1 月 19 日 | | | 血液型 | A・B AB・O | | | | |
| | 住所 | 錦町 北町 中央 南町 塚越 | 5 丁目 1 番 22 号 | | | | | | | | |
| | マンション名 | 蕨消防マンション119号室 | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 自宅 | 048-441-XXXX | | | | | | | | |
| | | 携帯 | 090-0119-XXXX | | | | | | | | |
| | | FAX | 048-441-XXXX | | | | | | | | |
| 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 具体的な理由 | <input checked="" 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 checked="" 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 | ワラビ イチロウ | | | | 関係 | 長男 | | | | |
| | 氏名 | 蕨 一郎 | | | | | | | | | |
| | 住所 | 蕨市塚越〇丁目〇番〇号 | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 自宅 | 048-442-XXXX | | | 携帯 | 090-1190-XXXX | | | | |
| 情報提供者 | フリガナ | ワラビ ジロウ | | | | 関係 | 次男 | | | | |
| | 氏名 | 蕨 二郎 | | | | | | | | | |
| | 住所 | 蕨市錦町〇丁目〇番〇号 | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 自宅 | 048-445-XXXX | | | 携帯 | 090-1199-XXXX | | | | |
| 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 | 登録日 | | | 担当者 | | | | | | |

※ 太枠以外は、記入しないでください。

電話にあつては、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。

提供が本人又は家族以外
の場合は、登録者か家族の
承諾が必要となりますので、
署名捺印をお願いします。