

■ 基本情報 (必須)

氏名【必須】	消防 太郎
フリガナ【必須】	ショウボウ タロウ
メールアドレス【必須】	shouboutaro @ docomo.ne.jp
性別【必須】	男性 ・ 女性
生年月日【必須】	昭和・平成 50年 5月 5日
住所【必須】	気仙沼市赤岩五駄鱈〇—〇—〇 防災マンション1001
住所備考	例) オートロックの暗証番号など オートロック暗証番号1234 スーパー〇〇のとなり
電話番号	0226 - XXXX - XXXX
FAX番号	0226 - XXXX - XXX0
障がい内容	難聴 手話不可
備考	同じマンションに両親が住んでいます

【注意!!】

「o」(オー)と「0」(ゼロ)
「l」(エル)と「1」(イチ)
など、わかりやすく記入して
ください。

■ 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。

名称【必須】	消防 一郎
本人との関係【必須】	父
電話番号	0226 - XXXX - 0000
FAX番号	0226 - XXXX - XX00
メールアドレス	shoubouichiro @ 0000〇.ne.jp
住所	南三陸町志津川字新井田〇—〇—〇 センターマンション1002
備考	父は健聴者です

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 】	防災センター（勤務先）
住 所 【 必 須 】	気仙沼市赤岩五駄鱈2-12-9
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	A / B / <u>0</u> / AB (RH : + / - / <u>不明</u>)
持 病	糖尿病
常 用 薬	
ア レ ル ギ ー	なし
医 療 機 関	〇〇大学病院 〇〇先生
備 考	月1回インシュリン投与のため通院