**代理申請登録用紙**

携帯電話　・　スマートフォン

* **基本情報（必須）**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名【必須】 |  |
| フリガナ【必須】 |  |
| メールアドレス【必須】 | ＠ |
| 性別【必須】 | 男性　　・　　女性 |
| 生年月日【必須】 | 昭和・平成　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住所【必須】 |  |
| 住所備考 | 例）オートロックの暗証番号など |
| 電話番号 | －　　　　　　　　－ |
| FAX番号 | －　　　　　　　　－ |
| 障害内容 | １、難聴　２、言語障害　３、その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |

* 緊急連絡先（任意）

ご家族・友人等、連絡が取れる方を必ずご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名【必須】 |  |
| 本人との関係【必須】 |  |
| 電話番号【必須】 |  |
| FAX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 | A　／　B　／　O　／　AB  （RH　：　＋　／　－　／　不明） |
| 持病 |  |
| 常用薬 |  |
| アレルギー |  |
| 医療機関 |  |
| 備考 |  |

自宅略地図

〔記載に関しての注意〕

・自宅は判別しやすいように強調して記載ください。

* 自宅近くの目標物となるもの（交差点名やコンビニエンスストア公共性の高い建物など）と自宅の両隣及び向かいの建物名称（個人宅の場合は表札名）も記載してください。

【自宅略地図】