

このカードは、利用者様に適切なサービスを提供するため、市から警備会社にコピーを送付します。

様式第4号（第5条関係）



登録No.	救急代理通報システム利用者登録カード				救	登録 年 月 日	機械設置予定 年 月 日	登録抹消 年 月 日
ふりがな 登録者氏名			年 月 日生	住所の 目標				
ふりがな 同居者氏名			年 月 日生					
住 所	電話 携帯		F A X					
居住建物	専用住宅 共同住宅（名称） 店舗併用住宅 店舗併用共同住宅							
管轄消防署	消防署			所轄警察署	警察署			
登録者の 主な病気		血液型		掛かりつけ	病院名 電話			
同居者の 主な病気		血液型		医療機関	病院名 電話			
契約業者	会社名	住所			電話			
連絡先	ふりがな 氏 名	関係	電話	携帯	住所			
搬送後の 居住管理者	ふりがな 氏 名	関係	電話	携帯	住所			
特記事項								