

（宛先）小金井市長

申込者 住所 _____
 氏名 _____
 電話 _____

高齢者救急通報システム利用申込書

高齢者救急通報システムを利用したいので、下記のとおり申し込みます。
 なお、この申込みに際し、内容の確認が必要なときは、市長が公簿等により確認することに同意します。また、緊急時等必要があるときは、市長が関係機関に情報の提供をすることに同意します。

記

利 用 者	小金井市 町 丁目 番 号 電話					
	氏名	ふりがな			生年月日	年 月 日生 () 歳
	家族の状況	氏名	続柄	年齢	住所	電話
身体 の 状況	病名 通院先 (主治医)					
生活 の 状況						
希望するシステムの種類 (チェックしてください。)			<input type="checkbox"/> 救急直接通報システム <input type="checkbox"/> 救急代理通報システム			

※ この届出項目は、電子計算組織に登録されます。

※ 市記入欄 年 月 日 確認

住基	
----	--