

様式第3号(第5条関係)

緊急通報システム利用者台帳

番号	決定年月日		機器貸与年月日		消滅年月日	
No.	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
フリガナ 氏名			男・女	生年月日	年 月 日	
電話番号		血液型	A・B・AB・O	緊急時の 侵入所		
住所	大町町大字	()	+・-			
緊急通報連絡協力員				住所(区名)	続柄等	電話番号
協力員 1				大町町		
協力員 2				大町町		
担当民生委員				大町町		
保険名		被保険者名			主な病名など	
記号番号	—	被保険者との続柄				
後期高齢者医療番号						
医療機関名	TEL					
主治医名						
緊急時連絡先 (続柄)	() TEL			特別事項		