

令和 年 月 日

土浦市消防長 殿

申請者

住 所

氏 名

利用者との続柄

電 話 番 号

ファクス番号

要援護 特定在宅療法継続者登録申請書(在宅登録119)

要援護 特定在宅療法継続者登録申請書(在宅登録119)を利用したいので
下記のとおり登録を申請します。

記

利 用 者	(男・女)	生年月日	平成 年 月 日生
調 査 先 住 所		電話番号	
病 名			
掛付け医療機関		医 師 名	
現 在 の 状 態 (在宅療法の内 容も含む)			
※ 医 師 の 所 見 (救急隊の対応 を含む)			
備 考			

※医師の所見欄は、要援護 特定在宅療法継続者(在宅登録119)のうち、医師が登録の必要があると認めた場合のみ記載すること。

土浦市消防本部警防救急課

TEL 029-821-0119