

# FAX119通報システム(利用・変更・中止)申込書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

下北地域広域行政事務組合消防本部 消防長 様

申込者住所 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号

申込者氏名 下北消太

下記のとおりFAX119システムの(利用・変更・中止)について、利用案内及び利用条件を承諾のうえ、申し込みます。

## 1 利用者(必須)

ふりがな	しもきた しょうた	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
氏名	下北 消太	生年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日
住所	〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号		
自宅電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	自宅FAX番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
携帯電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	通報訓練希望	<input checked="" type="radio"/> 有・無
障がいの状況	<input checked="" type="radio"/> 言語障がい・聴覚障がい	身体障害者手帳の取得	<input checked="" type="radio"/> 有・無

## 2 既往歴(今までにかかった重い病気)

いつ頃	病名

## 3 かかりつけ病院

病院名	電話番号	住所

## 4 勤務・通学先

勤務・通学先名	電話番号	住所

## 5 緊急時連絡先

ふりがな	しもきた しょうこ	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
氏名	下北 消子	続柄	妻
住所	〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号		
電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	携帯電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

注・必須項目以外は任意の入力となりますので、支障のない項目について記入してください。

・中止の場合は、1のみを記入してください。

・18歳未満のご利用については、保護者の方が申込みを行ってください。