

FAX119通報システム(利用・変更・中止)申込書

令和 年 月 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

申込者氏名

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		性別	男・女
氏名		生年月日	年 月 日
住所			
自宅電話番号		自宅FAX番号	
携帯電話番号		通報訓練希望	有・無
障がいの状況	言語障がい・聴覚障がい	身体障害者手帳の取得	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		性別	男・女
氏名		続柄	
住所			
電話番号		携帯電話番号	

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。