

# FAX119番通報利用(申込・変更・廃止)申請書

令和 年 月 日

愛南町消防長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

次のとおりFAX119番通報利用について、下記の注意事項を承諾し申請します。

## 1 利用する方

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日生
身体障害の状況	聴覚障害・言語障害・その他( )		
住所			
自宅FAX番号			
自宅電話番号			
携帯電話番号			

## 2 緊急連絡先

優先順位	氏名	続柄	電話番号	住所
1				
2				
3				

### 【申請にあたっての注意事項】

※上記の利用「申込」「変更(届出事項)」「廃止」の関係部分を○で囲ってください。

※この情報について取扱いには十分注意し、FAX119番通報利用に関するもの以外は使用しません。

※確認のため愛南町保健福祉課へ照会します。