

メール・FAX緊急通報登録申請書

年 月 日

有田川町消防長 様

申請者 住 所

氏 名

印

登録者との関係 () TEL

次のとおり登録申請します。

登録者	住 所	〒 ー 有田川町大字		
	ふりがな		生 年 月 日	性別
	氏 名		大・昭 年 月 日 平・令 (歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
障害区分	<input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能 <input type="checkbox"/> その他 ()			
メールアドレス	@			
現在治療中の病名				
かかりつけ病院名				
備 考				
緊急時の連絡先	住所	〒 ー	続柄	①
	氏名①		TEL	②
	氏名②			①
※受付欄	※通信指令課登録欄			

備考 ※印の欄は、記入しないこと。