

魚沼市消防緊急通報システム利用(申込み・変更・取りやめ)届出書

届出日: 年 月 日

魚沼市消防長 様

申込者住所

申込者氏名

※利用者が18歳未満の場合は自筆で下記に氏名、続柄を記入して下さい。

(保護者承諾)

続柄:

私は、「魚沼市消防本部聴覚障害者等における緊急通報システムご利用案内」を承諾のうえ申し込みます。

1 希望するシステム利用方法(必須) (FAX ・ メール ・ 両方)

2 利用者連絡先情報等(必須)

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
住所	〒 —		
登録希望メールアドレス	@		
上記メールアドレス読み	@		
自宅電話/FAX番号	/(FAX)		
携帯電話番号			
障害状況	聴覚障害 ・ 言語障害		

3 既往歴等(利用者が今現在治療している、以前重い病気にかかったなど)

病名	何年位(前)	通院/治療先

4 緊急連絡先(万が一当方から返信ができなかった場合などのため)

氏名	関係	電話番号	住所

○記入における留意事項

- ※1 表題及びシステム利用方法、障害状況の該当項目を○で囲んでください。
- ※2 利用者が18歳未満の場合は、申込者氏名に保護者名を記入してください。
- ※3 自宅に固定電話が無い場合、記入欄は「なし」と記入してください。
- ※4 必須項目以外は任意の記入項目となります。支障の無い範囲で記入してください。
- ※5 利用取りやめの場合は申込欄(申込者住所、氏名)のみ記入、捺印してください。
(18歳未満の場合は保護者欄も記入してください)
- ※6 変更の場合は、申込欄の他、変更する項目のみ記入してください。
- ※7 記入事項で書ききれない場合は別紙、又は余白や裏面に記入してください。

(※消防記入欄:送受信テスト / OK)