

緊急ファクシミリ登録 申請願

八幡浜地区施設事務組合消防長 殿					
申込者名					
火災・救急時における緊急ファクシミリとして、登録 ・ 変更 を申し込みます。					
住 所					
ふりがな 名 前					
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日生				
F A X 番 号	コミュニケーションの方法 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 口話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他				
一緒に住んでいる人					
あなたとの 関 係	名 前	年 齢	職 業	健 聴	聴 障
緊急連絡先					
住 所		名 前		あなたとの 関 係	電 話 番 号
自 宅 場 所 (地図)				※ 消防受付欄	

※ は記入の必要なし
○ 健聴・・・健聴者

○ 聴障・・・聴覚障害者