

ファックス
丹波市FAX119番

登録申込み(変更・取消)申請書

令和 年 月 日

丹波市長様

〔申請者〕 住所 丹波市 町 番地
氏名 (印)

丹波市FAX119番の登録申込み(変更・取消)を下記のとおり申請します。

申請区分	<input type="checkbox"/> 登録申込み <input type="checkbox"/> 記載事項の変更						<input type="checkbox"/> 利用取消	
ふりがな				性別	生年月日			
氏名				男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		
住所	丹波市 町 番地							
障害区分	<input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能障害 <input type="checkbox"/> その他()							
FAX番号	— —							
同居者	氏名	続柄	氏名	続柄	氏名	続柄		
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号		住所			
			(自宅) (携帯)					
			(自宅) (携帯)					
※以下の欄は支障のない範囲でご記入ください。								
血液型	A B O AB			RH	+ -			
かかりつけ医	(病院名)			(電話番号)				
既往歴	発病年月	年 月頃		年 月頃				
	病名							
常用している薬								
その他特記事項								

※ この申請書に記入された情報は、FAX119番の業務以外には使用されません。

※ 変更の場合は変更される欄のみ記入してください。