

様式第1号（第4条関係）

ファックス119番緊急通報システム利用登録申請書

年 月 日

五城目町消防長 宛

申請者基本情報（必須項目）			
フリガナ 氏名	五城目一郎	生年月日	〇〇年△△月××日
		性別	Ⓜ ・ 女
住所	五城目町〇〇〇△△△		
FAX番号	(018) 〇〇〇-×××		
電話番号	(018) 〇〇〇-△△△		
関連情報（任意項目）			
メールアドレス	〇〇〇×××		
緊急連絡先	フリガナ 氏名	続柄	電話・FAX・メールアドレス等
	五城目太郎	父	090-〇〇〇-×××
	五城目花子	娘	080-□□□-△△△
よく行く場所 勤務先・通学先など	名称	住所	
	△△△	□□□	
病歴	病名	病院名	
	×××	〇〇総合病院	
※（事務処理欄）			

※印の欄は、記入しないでください。