

聴覚障がい者等緊急通報用FAX申込書

(登録 変更 中止)

年 月 日

直方・鞍手消防本部消防長 宛

届出者住所

届出者氏名

届出電話番号

1. 利用者情報

ふりがな		性別	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	MTSH 年 月 日
住所			
電話番号		携帯番号	
自宅FAX番号			
利用する理由	<input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 音声障がい <input type="checkbox"/> 言語障がい <input type="checkbox"/> そしゃく機能障がい <input type="checkbox"/> 会話による意思伝達が困難 <input type="checkbox"/> その他()		

2. 既往歴等

かかりつけ病院	病名	治療中・既往別
		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 既往
		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 既往

3. 緊急連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号

4. 備考

--

※ 変更及び中止の場合は備考欄に変更内容・中止の理由などを記入してください。

※ 記載内容の確認の為、年一回(不定期)本人または緊急連絡先にFAXか電話をかける場合がありますので、その際にご協力をお願いします。