ＮＥＴ１１９緊急通報システム登録予約

明石市消防局　情報指令課　宛
ＦＡＸ：078 - 927 - 0119

申込日：　　年　　月　　日

お 名 前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご連絡先
（登録日の決定をお知らせする連絡先をご記入ください。）

ＦＡＸ（　　）　　－

ＴＥＬ（　　）　　－　　（代理者のお名前＿＿＿＿＿＿）

郵　送　住所：〒　　－＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

登録希望日（土日祝日も可）
（希望する日時をご記入ください。ご希望に添えない場合もございます。）

第１希望日　　月　　日　　午前・午後　　時　　分

第２希望日　　月　　日　　午前・午後　　時　　分

第３希望日　　月　　日　　午前・午後　　時　　分

手話通訳者の同席
（何れかに〇を入れてください。）

必要である　・　必要ではない

要約筆記者の同席
（何れかに〇を入れてください。）

必要である　・　必要ではない

お使いの携帯電話機種

メーカー＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

型　　番＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿