

大山崎町防災・防犯情報電話（ファックス）登録申請書

平成 年 月 日

(あて先) 大山崎町長

次のとおり申請します。

1. 登録の事由

次のうち該当する項目に○印をつけてください（複数可）。

※太枠内は必須

	携帯電話を持っていない
	携帯電話を持っているがメール機能がない
	携帯電話を持っているがメール操作ができない
	視覚障がいのある方（身体障害者手帳を所有する方）
	聴覚障がいのある方（身体障害者手帳を所有する方）
	身体障害者手帳（視覚・聴覚しょうがい以外）、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれかを所持している方
	要介護認定を受けている方
	高齢者のみ世帯の方
	その他（理由： _____ ）

2. あなた（登録申請者）の氏名・住所・連絡先等

氏 名	(ふりがな)		性 別
	生年月日	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日	
住 所	大山崎町		
	(マンション・アパート名)		_____号室
登 録 連 絡 先	電 話		
	F A X		
希 望 サ ー ビ ス	電 話 ・ ファ ッ ク ス		
代理申請	氏名		登録申請者との関係
	住所		連絡先

※登録申請者は、町内に居住している方（住民登録のある方）に限ります。

※本申請書に記載された個人情報は、町防災・防犯情報電話（ファックス）の運用目的以外には一切使用しません。