**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　　　　　　　　　 ）

　（郵送を希望の場合） 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　　　　　　　　　　　要約筆記者の同席**

（何れかに○を入れてください。）　　　（何れかに○を入れてください。）

　必要である　・　必要ではない　　　　　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