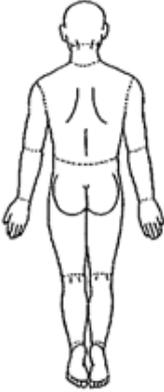


F A X 1 1 9 番通報用紙

F A X 番号：局番なしの【119】で送信

※分かるところのみ口にし印及び必要事項を記入してください。

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 私は耳が不自由です | <input type="checkbox"/> 私は言葉が不自由です |
| 【消防車・救急車に来てほしい場所】 | |
| 火事 <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> 建物 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 救急 <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他 () |
| ●おとし _____ 歳 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> ●つたえたいこと _____ | ●どこがづらいですか？ 「×」 をつけて ください |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> | |

※この枠内は必ず記入してください（前もって記入しておいてください）

あなたのなまえ _____ F A X 番号 _____

あなたのおすまい _____