

斑鳩町災害情報伝達システム 配信利用登録申込書

年 月 日

斑鳩町長 様

次のとおり申込します。

太線部分に記入をお願いします。

1. 登録の事由

次のうち該当する項目に○をつけてください。

	斑鳩町防災情報メールを受信できない方
	視覚障害や聴覚障害をお持ちの方
	障害者支援施設、老人福祉施設等の災害時に要支援者となりうる方が居られる施設等
	その他 ()

2. あなた（登録者）の氏名・住所・連絡先等

氏 名 (施設の場合代表者) 連 絡 先	(ふりがな)		性 別	
				男 ・ 女
	生年月日	年 月 日		
	電 話			
	F A X			
住 所	斑鳩町 丁目 番 号			
	(アパート名等)			
希望されるサービス	電話 ・ FAX			

※メールを利用できる方は、斑鳩町防災情報メールサービスをご利用ください。

※下の欄は記入の必要はありません。

受付欄	受付番号	受付日	担当者
	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX	年 月 日	