

(様式4)

東大阪市聴覚障害者等災害時ファクス情報発信事業登録内容変更・登録解除申込書

(あて先) 東大阪市長

【申込者記入欄】	申込日	年 月 日
	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	ファクス番号	
	メールアドレス	
<input type="checkbox"/> 内容変更 (チェックを 入れてくだ さい)	(旧) 住所	
	(新) 住所	
	フリガナ	
	(旧) 氏名	
	フリガナ	
	(新) 氏名	
	(旧)ファ クス番号	
	(新)ファ クス番号	
	(旧) メール アドレス	
	(新) メール アドレス	
<input type="checkbox"/> 登録解除 (チェックを 入れてくだ さい)	理由	
提出・問合せ先	東大阪市危機管理室 電話:06-4309-3130 ファクス:06-4309-3858 Eメール:kikikanri@city.higashiosaka.lg.jp	