

変 更 等 届 出 書

年 月 日

墨 田 区 長 あて

墨田区民間救急通報システムの利用について、次のとおり変更いたします。

【利用者】住所 墨田区 _____ 丁目 番 _____ 号 _____

氏名 _____ 電話番号 _____ - _____ -

【変更事項】

※変更する項目に✓ をご記入ください。	変 更 前	変 更 後
<input type="checkbox"/> 氏名		
<input type="checkbox"/> 住所	〒 _____ 墨田区 _____ 丁目 番 _____ 号 _____	〒 _____ 墨田区 _____ 丁目 番 _____ 号 _____
<input type="checkbox"/> 電話番号	_____ - _____	_____ - _____
<input type="checkbox"/> 緊急連絡先	続柄： _____ 氏名： _____ 〒 _____ 住所： _____ 電話番号： _____	続柄： _____ 氏名： _____ 〒 _____ 住所： _____ 電話番号： _____
<input type="checkbox"/> 同居人	続柄： _____ 氏名： _____	続柄： _____ 氏名： _____
<input type="checkbox"/> 機器の種類		
<input type="checkbox"/> その他		

申請者氏名 _____ 本人との関係 _____

住所 _____ 電話番号 _____ - _____ -

担当：墨田区役所 高齢者福祉課 支援係
〒130-8640 墨田区吾妻橋一丁目23番20号
電話：03-5608-6168 FAX：03-5608-6404