（別紙２）　Ｋ

|  |  |
| --- | --- |
| 【提出希望日】　お渡ししてから1か月以内に返信をお願いします。 | |
| 記入要領  〇１～５、７の項目については、具体的にご記入ください。  〇６の項目については、該当する項目にチェックして、必要に応じて具体的な内容をご記入ください。 | |
| **尼崎市防災情報伝達システム登録情報記載票　（福祉施設用）** | |
| １　法人名  事業所名 | |
| (サービス種類) | |
| ２　代表者名 | |
| ３　事業所所在地  **〒**  **尼崎市** | |
| ４　電話番号　　　　（　　　　　　）－（　　　　　　）－（　　　　　　） | |
|  | |
| ５　必要ライセンス数　（１サービス種類につき２ライセンスまで利用可能）  **ライセンス** | |
| ６　ご利用予定の機器 | |
|  | **□スマートフォン　　　　　　　　台** |
|  | **□タブレット　　　　　　　　　　　台** |
|  | **□スマホ、タブレットを持っていないので市からの貸与を希望** |
|  | **□不要　(理由をお聞かせいただければ幸いです。)** |
|  |  |
|  |  |
| ７　連絡先 | |
| 1. 担当者名 2. 電話番号　　　　　（　　　　　　）－（　　　　　　）－（　　　　　　） | |

〇ご不明な点については、尼崎市災害対策課へご連絡ください。

電話：　06-6489-6165　　　　　FAX：　06-6489-6166

Email：　[ama-bousai@city.amagasaki.hyogo.jp](mailto:ama-bousai@city.amagasaki.hyogo.jp)