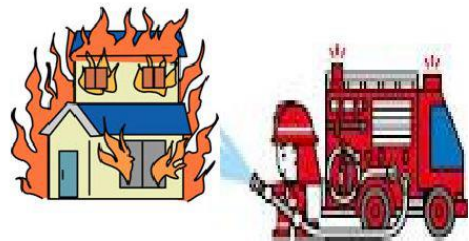


1 1 9 FAX
-----------

どれかに  をつけて下さい。

救急

火事



この枠に事前に記入してください。

氏 名		性別	男・女
住 所			
アパート名			
F A X			
生年月日	大・昭・平・令	年 月	日生
手話通訳者	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要	