

登録申込書

年 月 日

セコム株式会社 殿

(お客様)

大垣市長 石田 仁 印

貴社と締結した「ココセコムサービス業務委託契約書」第6条に基づき、次のとおり通知します。

利用者											
ご住所	〒	-	ビル名、マンション名、部屋番号までご記入ください								
	都道	市区									
	府県	町村									
お名前	フリガナ							生年月日			
	様							大正 昭和 平成 年 月 日			
ご連絡先	① ご自宅のお電話番号をご記入ください				電話番号	() -					
					携帯電話番号	- -					
	② 勤務先のご名称およびお電話番号をご記入ください				勤務先	ご名称: 様					
					電話番号	() -					
暗証番号	4桁の数字をご記入ください (位置情報の確認やお問い合わせの際にご確認させていただきます)										

位置情報対象者(ココセコム本体を所持(携帯)される方)										
お名前	フリガナ							ビル名、マンション名、部屋番号までご記入ください		
	様							都道 市区 府県 町村		
性別	男	女	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日		利用者との続柄	配偶者・親・子・兄・弟・姉・妹・孫 その他親族 () その他 ()			

緊急連絡先	利用者ご本人が緊急連絡先となりますが、利用者本人以外に必要な場合にご記入ください。											
お名前	フリガナ							生年月日		連絡先電話番号		利用者との続柄
	様							大正 昭和 平成 年 月 日		電話番号 () - 携帯電話番号 - -		配偶者・親・子・兄 弟・姉・妹・孫 その他親族(その他 ()