

F A X 1 1 0 番通報用紙

私は、聴覚・言語障害者です。警察官の派遣をお願いします。

通報者氏名

F A X 番号

住所

事件です。

\* どんな？

ひったくり  
泥棒に入られた  
暴行・傷害を受けた  
その他(具体的に)

( )

\* 犯人(加害者)は？

いる ・ いない ・ 見た

交通事故です。

\* ケガは？ ある ・ ない

\* 何と何の？

車と車  
車と歩行者  
その他

( と )

\* 救急車は？

呼んで欲しい ・ 必要ない

事件・事故は いつ どこで 起きたのですか？

\* いつ 年 月 日 午前・午後 時 分頃

\* どこで 市( 区 )

あなた(通報者)が現在いる場所を教えてください。

自宅 ・ その他 ( 住所、マンション名、何号室などできるだけ詳しく )  
( )

犯人について詳しく教えてください。

性別( 男 ・ 女 ) 人数( 人 ) 年齢( 歳位 )  
身長( cm位 ) 服装・特徴( )

何に乗って逃げましたか？

徒歩 ・ 自転車 ・ オートバイ ・ 自動車

色( ) 型( ) ナンバー( )

逃げた方向( )

神奈川県警察 F A X 1 1 0 番

0 1 2 0 - 1 1 0 - 2 2 1