

# 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

FAX番号

住所

○ 事件です。

\* どんな？

- ① ひったくり
- ② 泥棒に入られた
- ③ 暴行・傷害を受けた
- ④ 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？

- ① 車と車
- ② 車と歩行者
- ③ 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。

- ① 性別( 男 ・ 女 )
- ② 人数( 人 )
- ③ 年齢( 歳位 )
- ④ 身長( cm位 )
- ⑤ 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

- ① 色( )
- ② 型( )
- ③ ナンバー( )
- ④ 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 (7リダイヤル)

(又は 0 4 5 - 2 1 1 - 0 1 1 0 (有料))