

恵庭市遠隔手話サービス利用申請書

年 月 日

恵庭市保健福祉部障がい福祉課 へ

(申請者)

住所

氏名

私は、利用規約に同意の上、恵庭市遠隔手話サービスの利用を申請します。

| | | |
|---|-------------------|---|
| 1 | フリガナ | |
| 2 | 利用者氏名 | |
| 3 | 生年月日 | |
| 4 | 住所 | 〒 |
| 5 | メールアドレス | |
| 6 | FAX | |
| 7 | 使用アプリに表示される 名前 | |

※障がい福祉課へ直接提出される場合は、その場で登録しますので使用する端末をご持参ください。

※メールでの提出は以下のアドレスへお願いします。その際は、1から7までの項目を記載し、利用者登録のためのQRコードを添付してください。

メールアドレス：syougai Fukushima@city.eniwa.hokkaido.jp