

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 あて

(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	使用アプリの選択	LINE ☐ Skype ☐
8	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：syogaifukushi@city.eniwa.hokkaido.jp