**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：syougaifukushi@city.eniwa.hokkaido.jp