

# 広島県聴障センター電話リレーサービス利用依頼書

平成 年 月 日

広島県聴覚障害者センター長 様

(申込先) FAX:082-254-0087

TEL:082-254-0085

Mail:tel-relay@hiro-chokaku.jp

電話リレーサービスを利用し、次の内容で電話を依頼します。

|               |           |
|---------------|-----------|
| ふりがな<br>利用者氏名 | ( 男 ・ 女 ) |
| 登録番号          |           |
| 相手先名称         | ( 都道府県 )  |
| 相手先電話番号       |           |
| 用件            |           |

ここに記載された個人情報は、この目的以外に利用したり外部に提供したりすることはありません。

※センター記入欄

| 受付年月日 | 結果 | 担当者 |
|-------|----|-----|
|       |    |     |