

# 広島県聴障センター電話リレーサービス登録申込書

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たいので、次の通り登録を申し込みます。

ふりがな 氏 名	( 男 ・ 女 )
住 所	〒 広島県
ファックス(あれば)	
携帯メール(あれば)	
Skype 名	Live:
生年月日	( 大正・昭和・平成 ) 年 月 日
身体障害者手帳	( 県・市 ) 第 号

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	登録番号	担当者
-------	------	-----