**メール・FAX用**　広島県電話リレーサービス利用学習会申込書

令和　　　年　　　月　　　日

広島県聴覚障害者センター長　様

（申込先）　FAX　082-254-008７

メール　tel-relay＠hiro-chokaku.jp

電話リレーサービスの学習会を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  団体名 |  |
| 開催市町 |  |
| 代表者名 |  |
| 連絡先  (FAXまたはメール) |  |
| 希望日時  （第３希望まで） | 第１希望　　　　　月　　　　日　　　曜日　　　　時　　　分～　　　時　　　　分  第２希望　　　　　月　　　　日　　　曜日　　　　時　　　分～　　　時　　　　分  第３希望　　　　　月　　　　日　　　曜日　　　　時　　　分～　　　時　　　　分 |
| 手話・要約筆記の　希望 |  |
| 希望内容 |  |

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 |