（別紙１）

奈良市聴覚障害者向け問合せサービス（zoom）登録申込書（登録・変更・削除）

 　　　 　　申込日：　　　年　　月　　日

（あて先）奈良市福祉部障がい福祉課長

次のとおり、奈良市聴覚障害者向け問合せサービス利用規約を承諾し、（登録・変更・削除）申込します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 　氏　名　（自署または記名押印） |  |
| 住　所　 | 奈良市 |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　　日 |
| 身体障害者手帳番号 | 　　　　県　　市　　　　　第　　　　　　　　　　　　号 |
| メールアドレス | ＠ |
| F A X | （　　　　　）　　　　　－ |
| zoom利用の場合アカウント名 |  |