

(聴覚障がい者) ビデオ・情報機器利用登録申込書

年 月 日

公益社団法人札幌聴覚障害者協会理事長 様

ビデオ・情報機器を利用したいので、下記のとおり登録を申し込みます。

記

個人用	氏名	ふりがな	性別	男・女	※保護者名	
	住所	〒				
	連絡先	TEL		FAX		
	E-mail	携帯 パソコン				
	生年月日	(昭・平) 年 月 日生				
	身障者手帳	第 号				
	備考					

※ 高校生以下の方は保護者名を記入して下さい。

※以下は記入しないで下さい。

受付日	・	・	登録日	・	・	登録番号	
-----	---	---	-----	---	---	------	--

● 申込・問い合わせ先 (FAX 又は、メールにてお申し込みください。)

札幌市視聴覚障がい者情報センター 公益社団法人札幌聴覚障害者協会 法人事務局 情報支援事業係	〒060-0042 札幌市中央区大通西 19 丁目 1-358 札幌市視聴覚障がい者情報センター TEL:011-631-6783 FAX:011-631-6784 メール: houjinjimukyoku@sadeaf.jp
--	--