

千代田区電話リレーサービス地域登録申請書

年 月 日

千代田区長 殿

(申請者) (18歳未満の場合は保護者)

住 所

ふりがな

氏 名

下記のとおり千代田区電話リレーサービス地域登録の申請をいたします。なお、登録決定に必要な限度で、私に係る住所等の情報を公簿により確認し、電話リレーサービス提供機関に提供することに同意します。

登 録 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 千代田区		
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
メールアドレス				
対象者の要件 確認書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> その他 ()			