

令和 年 月 日

室蘭市役所障害福祉課 宛

むろらん手話電話サービス(通称『しゅわでん』)利用申込み及び同意書

フリガナ		
利用者氏名 (※自署願います。)		
生年月日 対象・昭和・平成 年 月 日	性別: 男・女	
住所 〒	—	
室蘭市	町	
メールアドレス		
F A X		
L I N E	ID	
	登録名前	

私は、利用規約を承諾の上、むろらん手話電話サービスを利用することに同意します。