

平成 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」）モデル事業の  
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 大正・昭和・平成	年 月 日	性別： 男・女
住所 〒	—	
室蘭市	町	
メールアドレス		
FAX		
LINE	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モデル事業を利用することに同意します。