

佐世保市遠隔手話通訳サービス利用に関する同意書

年 月 日

佐世保市障がい福祉課長

申請者

住 所

氏 名

私は利用規約を承諾の上、佐世保市遠隔手話通訳サービスを利用することに同意します。

フリガナ	
利用者氏名	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所	〒 - 佐世保市
メールアドレス	
FAX	

※障がい福祉課へ直接提出いただき、その場で利用登録をしますので使用する端末を持参ください。