

香芝市遠隔手話通訳サービス利用申込書

年 月 日

香芝市社会福祉課 様

(申込者)

住 所

氏 名

私は、利用規約に同意の上、香芝市遠隔手話通訳サービスの利用を申し込みます。

1 フリガナ	
2 利用者氏名	
3 生年月日	
4 住所	
5 メールアドレス	
6 F A X	

※社会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。