

年 月 日

声の広報等発行事業利用者登録申請書

多治見市社会福祉事務所長

申請者 住所

氏名

印

電話番号 (連絡先)

次のとおり、声の広報等発行事業利用者登録を申請します。

なお、必要に応じ本申請内容をコミュニケーション支援団体に提供されることに同意します。

利用者 氏名		生年月日	年 月 日生
住所・連絡先	申請者に同じ 〒 電話番号（連絡先）		
身体障害者 手帳番号	号	級	
障害名			
発行希望 刊行物	市広報紙 ・ 市議会広報紙 ・ （他 ）		
※申請書を代理記入しました。 年 月 日 確認者 印			