

様式第1号

「もしもしメール」登録申請書

年 月 日

長 浜 市 長 あて

申請者 住所

氏名

長浜市聴覚障害者等メール通信システムの利用について、下記のとおり登録を申請します。

（ふりがな） 登録者氏名	
住 所	長浜市 町 番 号 番地
電話番号 FAX 番号	— — — —
生年月日	年 月 日
身体障害者 手帳番号	都道 府県 第 号
障 害 名	<input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 音声機能・言語機能障害
利用通信機器	A 携帯電話 メールアドレス B パソコン メールアドレス * メールアドレスは、ドメイン(@マークより後ろ部分)まで ご記入ください。