

防災ネットあきた（視覚・聴覚）変更・解除申込書

（宛先）秋田市長

年 月 日

※太線の枠内を記入してください。

| | | |
|--------------------------|--|--|
| 登録者本人 | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| 生年月日 | T・S・H・R 年 月 日生 | |
| 住所 | 秋田市 TEL: () FAX: () | |
| 代理人 (窓口に来られた方) | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| 住所 | 秋田市 TEL: () | |
| 申込み種別 | ※該当する区分にレ点を付けてください。 <input type="checkbox"/> 登録修正 <input type="checkbox"/> 登録解除 | |
| 現登録者区分 | ※該当する区分にレ点を付けてください。 <input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 聴覚障がい | |
| 変更後の番号 (登録解除は記入不要) | ※修正を希望する方法にレ点をつけ、電話番号等を記入してください。 <input type="checkbox"/> TEL () <input type="checkbox"/> FAX () 注：FAXと電話の両方の登録はできません | |
| 注意事項等への同意 (登録解除は記入不要) | 私は、以下の2点について承諾いたします。 (1) 防災ネットあきたの「注意事項」について (2) 防災ネットあきたの管理上必要な場合、私の個人情報を防災安全対策課と障がい福祉課で共有すること _____ | |

※以下の欄は記入しないでください。

| | | | | |
|----|-------|-----|-----|-----|
| 備考 | 受付者 | 入力者 | 確認者 | 受付印 |
| | | | | |
| | 入力年月日 | | | |
| | 年 月 日 | | | |