防災ネットあきた（視覚・聴覚）登録申込書

（宛先）秋田市長　　〇年　△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	ボウサイ　タロウ
	氏名	防災　　太郎
	生年月日	Ｔ・(Ｓ)・Ｈ・Ｒ　　〇〇年　△△月　□□日生
	住所	秋田市山王一丁目１番１号 ＴＥＬ：　〇〇〇（△△△）□□□□ ＦＡＸ：　〇〇〇（△△△）□□□□
代理人（窓口に来られた方）	フリガナ	ボウサイ　ハナコ
	氏名	防災　　花子
	住所	秋田市山王一丁目１番１号 ＴＥＬ：　〇〇〇（△△△）□□□□
申込者区分		※該当する区分にレ点を付けてください。 □　視覚障がい　　☑　聴覚障がい
配信方法 および 配信番号		※配信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。 □　ＴＥＬ（　　） ☑　ＦＡＸ（　〇〇〇（△△△）□□□□　） 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		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 防災　　太郎

※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			