防災ネットあきた（視覚・聴覚）登録申込書

（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	ＴＥＬ：　　（　　）
申込区分		※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（　　） 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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※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			