＜参考様式＞

Ｆネット（聴覚障害者ファクシミリ・ネットワーク）利用申請書

年　　　月　　　日

船橋市障害福祉課長あて

申請者　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　Ｆネット（聴覚障害者ファクシミリ・ネットワーク）を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 登録者氏名 |  |
| 登録者住所 | 〒 |
| 登録者生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 身体障害者手帳番号 | 　　　　　　　市・県　　第　　　　　　　　　　　号 |
| FAX(ファクシミリ)番号 |  |

※カナ氏名、FAX番号をNTTコミュニケーションズ株式会社へ提供することに同意します。