

<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）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。