|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

 **年　　月　　日**

**１　（はずしてください）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別男・女 | 生年月日（西暦）年　　月　　日生 |
| 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 | 〒 |
| メールアドレス |  |
| 障害の内容 |  |
| 端末種別 | 　スマートフォン・タブレット・それ以外 |
| ファックス番号 |   |
| 連絡先電話番号 |   |
| **２　くく（できるだけしてください）** |
|  | 場所の名称 | 住　　　所 |
| 場所１ |  | 〒 |
| 場所２ |  | 〒 |
| **３　（できるだけしてください）** |
| 緊急連絡先 | フリガナ | 本人との関係 | 電話番号 | ファクス番号 |
| 氏　　名 | メールアドレス |
| 連絡先１ |  |  |  |  |
|  |  |
| 連絡先２ |  |  |  |  |
|  |  |
| 連絡先３ |  |  |  |  |
|  |  |
| **４　（はずしてください）** |
| 既往症（これまでにかかった病気） |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **５　かりけ（はずしてください）** |
| 医療機関名 | 担当医師 | 病院電話番号 |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **６　そのの（できるだけしてください）** |
| あなたの自宅に健聴者(聞こえる人)が | （　いる　・　いない　） |
| あなたは手話が | （　できる　・　できない　）　 |
| あなたは筆談が | （　できる　・　できない　） |

* 該当のものに○をつけてください。

《　のおいわせ　》

　〒402-0053

　　：0554-45-0119　ファックス：0554-56-7122

　　メールアドレス：shirei@toubu119.jp

※ ファックスでおいわせされるは、のファックスをずごください。