

F ネット・災害情報配信サービス利用申込書

ふりがな	
申込者氏名	

上記の者は、下記により申し込みます。

メール配信 アドレス	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日
性 別	男 ・ 女
自宅住所	〒 — 静岡県浜松市 区
自宅電話番号	0 5 3 — —
自宅 FAX 番号	0 5 3 — —
障害の種別	視覚障害 ・ 聴覚障害

各区役所社会福祉課の窓口へ直接申込みするか、障害保健福祉課へ郵送又は FAX にて申込みください。

当サービスへの申込みは、視覚障害又は聴覚障害の身体障害者手帳を持っている方に限ります。

視覚障害者が当サービスを利用するには、受信したメールを音声で読み上げる機能が付いた携帯電話が必要となります。