

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課社会参加推進室情報アクセス担当 行
ファクシミリ:0857-26-8136 電子メール: shougaifukushi@pref.tottori.lg.jp

遠隔手話サービス利用申込書

以下のとおり、利用を申し込みます。

ふりがな	
氏 名	
住 所	(〒 -)
生年月日	年 月 日
身体障害者手帳番号	都道府県 第 号

※ 登録できる Skype 名は 1 つだけです。

遠隔手話サービスを利用する方は、あなたの Skype 名を記入してください。

Skype 名	
---------	--

ご提出いただいた方へ、県より遠隔手話依頼先の Skype 名をお知らせします。

※利用申込みに必要な情報をご記入いただき、下記の連絡先までご提出ください。

[提出先] 〒680-8570 鳥取市東町一丁目 220 (郵送・ファクシミリ・電子メールのいずれも可)
鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課社会参加推進室情報アクセス担当
ファクシミリ : 0857-26-8136 電子メール : shougaifukushi@pref.tottori.lg.jp