水戸市遠隔手話サービス利用に関する同意書

令和　　年　　月　　日

水戸市障害福祉課

申請者

住所

氏名

私は，利用規約承諾のうえ，水戸市遠隔手話サービスを利用することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 利用者氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 | 〒　　　　-  水戸市 |
| メールアドレス  又はFAX |  |

* 障害福祉課へ提出する場合は，その場で登録しますので使用する端末をご持参ください。
* メールで提出する場合は以下アドレスへ提出してください。その際，同意書と利用者登録のためのLine QRコードを添付してください。

**メールアドレス：mito-shuwa@city.mito.lg.jp**