|  |  |
| --- | --- |
| 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。