

(様式1)

東大阪市聴覚障害者等災害時ファクス情報発信事業登録申込書

(あて先) 東大阪市長

【申込者記入欄】	申込日	年 月 日
	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	ファクス番号	
	メールアドレス	
対象者 (該当する項目の□に チェックをしてください)	☐ 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第1項に規定する身体障害者手帳(聴覚障害)の交付を受けている方 ☐ 身体障害者手帳(聴覚障害)をお持ちでない方 ※ご本人の聴覚の状態について下段に記入してください。	
個人情報提供に関する 同意 (□にチェックをしてくだ さい)	ファクスを受信するには、市が契約をする業者に名前やファクス番号を提供する必要があります。名前やファクス番号の提供について同意しますか。(同意がない場合は、申し込むことができません。) ☐ 同意する	
公簿等による確認に関 する同意 (□にチェックをしてくだ さい)	申込書の内容を確認するため、市が公簿等で調査することに同意しますか。(同意がない場合は申し込むことができません。) ☐ 同意する	
申し込み・問合せ先	東大阪市危機管理室 電話:06-4309-3130 ファクス:06-4309-3858 Eメール:kikikanri@city.higashiosaka.lg.jp	