

## 大東市テレビ電話手話サービス利用に関する同意書

年 月 日

(宛先) 大東市障害福祉課

(届出者)

住所

氏名

私は、利用規約を承諾の上、大東市テレビ電話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	
LINE アプリの 表記名	※利用者氏名と異なる場合
生 年 月 日	年 月 日
住 所	〒 - 大東市
メールアドレス	
F A X 番 号	

※別紙の大東市テレビ電話手話サービス利用規約を必読の上、ご提出ください。

※障害福祉課の窓口で提出される場合は、その場で登録が可能ですので、使用する端末（スマートフォンやタブレット）をお持ちください。

※郵送およびメールで提出された場合は、障害福祉課より大東市テレビ電話手話サービスで使用するQRコードを通知します。