

災害時安否確認システム 利用登録用紙

対象：佐賀県内の聴覚障害者とその支援者

*下記の必要事項に記入して、佐賀県聴覚障害者サポートセンターに提出してください。

フリガナ		性別	生年月日（西暦）
氏名			19 年 月 日
住所	郵便番号 〒		
	佐賀県 市・町		
	番地・建物名		
勤務先			
メールアドレス			使用する人 (本人、家族など)
メインアドレス			
サブアドレス①			
サブアドレス②			
TEL (自宅)		FAX	
TEL (携帯)		<input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。 <input type="checkbox"/> 聴覚障害者 <input type="checkbox"/> 支援者	

※ @saga-mimisapo-ampi.jp からのメールを受信できるように設定してください。

※ 記入いただいた個人情報は、災害時安否確認システム（災害時・平常時）および災害発生時の支援のためにのみ使用いたします。

問い合わせ：佐賀県聴覚障害者サポートセンター（伊東（センター長）・清田）
TEL：0952-40-7700 FAX：0952-40-7705

センター職員記入欄のため、記入しないでください。

システム登録日	西暦 年 月 日	入力者：