**システム**

 **年　　月　　日**

**１　（はずしてください）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 生年月日（西暦） |
| 氏名 |  | 男・女 | 年　　月　　日生 |
| 住所 | 〒 |
| メールアドレス※ |  |
| 障害の内容 | □聴覚機能　□音声・言語機能　□その他（　　　　　　） |
| 端末種別 | □スマートフォン　□タブレット　□その他（　　　　　） |
| 電話番号 |   | ＦＡＸ番号 |  |

※　ドメインが

「@fd.city.nagoya..jp」と「＠net119.speecan.jp」のメールをできるようにしてください。にずメールをします。

**２　くく（できるだけしてください）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 名称 | 住所 |
| 場所１ |  | 〒 |
| 場所２ |  | 〒 |
| **３　（できるだけしてください）** |
|  | ふりがな | 本人との関係 | 電話番号 | ＦＡＸ番号 |
| 氏名 | メールアドレス |
| 連絡先１ |  |  |  |  |
|  |  |
| 連絡先２ |  |  |  |  |
|  |  |
| 連絡先３ |  |  |  |  |
|  |  |

**４　・（におまいのでに・のはずしてください）**

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |

**５　（できるだけしてください）**

|  |  |
| --- | --- |
| 既往症（これまでにかかった病気） |  |

**６　かりけ（できるだけしてください）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 | 住所 | 担当医師 | 電話番号 |
|  | 〒 |  |  |
|  | 〒 |  |  |

**７　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　） |

**８　の（をってください）**

|  |
| --- |
| は、「システム」をしをしてします。　署名　　　　　　　　　　　 |

《　のびおいわせ　》

　〒460-8508

　　の11

　　：052-972-3524　：052-972-3577

　　メールアドレス：net119-nagoya@fd.city.nagoya..jp

※　をごするは、のをずごください。