

様式第1号（第4条関係）

川越市要約筆記者派遣希望登録カード

			No.
ふりがな		生年 月日	大正 昭和 平成 年 月 日（ 歳）
氏名	(男・女)		
住所	〒350- 川越市		
身体障害 者手帳	県 第 市 号		等級 級
連絡先	FAX 番号： - - 電話番号： - - 携帯メールアドレス： @		
緊急 連絡先	氏 名： (続柄： ) 電話番号： - - FAX 番号： - -		
備考			

《以下の欄は記入しないでください》

登録日	年 月 日
記録	