令和　　年　　月　　日

自 動 通 話 録 音 機 申 請 書

江 戸 川 区 長　殿

自動通話録音機の給付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申 請 者（給 付 希 望 者）（いずれかにチェック） | ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒　　　－　江戸川区 |
| 生年月日 | 大正昭和 | 年 　　 月　 　日生まれ |
| 連 絡 先 | （自宅の固定電話番号）03－　　　 － | （携帯電話番号）　　　－　　　　 － |
| 世帯状況 | [ ] 一人住まい　　　　[ ] 二人以上でお住まい |
| 個人情報の共有に係る同意（いずれかにチェック） | 録音機の配送、設置、回収のために上記の個人情報（氏名、住所、連絡先に限る）をシルバー人材センターと共有することに同意します。　　　　　　　　　　[ ] はい　　[ ] いいえ |
|  |  |  |
| 代理の方 | ふりがな | ご本人以外の方が申請書を提出される場合は、以下の欄にもご記入ください。 | 連 絡 先 | －　　　－ |
| 氏　名 |  |
| 続　柄 |  | ※申請書の提出について、上記申請者から同意を　得ています。　　[ ] はい |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付印 |  | 録音機シリアルナンバー | 本人確認書類の確認 |
|  | **□済　□未**（いずれかにチェック） |

（受付記入欄）