

# 音声版 広報かしま CD申込書

記入日	年 月 日	身体障害者手帳	交付者	都・道・府・県・市
ふりがな 氏名			交付番号	第 号
			障害等級	級
電話番号				
送付先住所	〒 - 佐賀県鹿島市			

※身体障害者手帳の情報について、福祉課へ照会させていただくことをご了承ください。

----- 担当部署記入欄 -----

受付日	年 月 日	受付者		処理者					
受付処理	<input type="checkbox"/> 障害者手帳情報の照合 ( 月 日済)								
	<input type="checkbox"/> 配布リストへ申込内容入力 ( 月 日済)								
	<input type="checkbox"/> 配布ルート確認・入力 ( 月 日済) ※件数増の場合や遠方の場合は郵送検討								
	<input type="checkbox"/> 申込書回覧(報告) ( 月 日済)								
	<input type="checkbox"/> 申込書保存(キャビネット) ( 月 日済)								
特記事項					回 覧	係 長	主 査	係 員	担 当
					/				