

様式第 1 号（第 5 条第 2 項関係）

年 月 日

障がい者サポーター登録申請書

熊本市長 （宛）

障がい者サポーターとして登録したいので、次のとおり申請します。

ふりがな	
氏 名	
住 所	〒
電話番号	(自宅)
	(携帯)
FAX 番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
性 別	男 ・ 女
職業又は所属する団体名 (学生の方は学校名と学年)	(年生)
電子メールアドレス ※ 市からの情報提供は、原則電子メールによる送信となります。電子メールを受信できない方は、郵送、FAX 等の他の手段を記入してください。	

※この欄への記入は不要です。

登録番号	登録日