

# 意思表示カード申込書

年 月 日

マスク等の着用が困難であるため、意思表示カードの交付をお願いします。

住 所	〒
連 絡 先 電話番号等	
氏 名	
申込理由	<input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 感覚過敏 <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )

注1) 意思表示カードの交付は1人1枚に限ります。

注2) 申込書に記載された個人情報は、意思表示カードの管理に限り利用するもので、その他の目的で利用することはありません。