送付先　798-8601宇和島市役所　危機管理課　テレビプッシュ担当　宛

**ＦＡＸ：０８９５－２４－６０９４**

Mail：kikikanri@city.uwajima.lg.jp

宇和島市テレビ・プッシュサービス利用申請書

記入日：　　　　　年　　月　　日

申請者の方のお名前、連絡先をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  | |
| 氏名 | （姓） | （名） | |
| 住所 | 宇和島市 | | |
| 電話番号 |  | FAX |  |
| 設置希望台数 | □1台　　　　　□ 2台　　　　　□ 3台 | | |

※ 申請者の方には、随時専用機器等をご自宅のテレビに設置させていただきます。

下記の項目について、ご確認いただき、該当項目に　「✔　」をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用規約個人情報取り扱い | 別紙の利用規約及び個人情報取り扱い方針に同意いただけますか。  □同意する　□同意しない  ※同意いただけない方は、宇和島市テレビ・プッシュサービスをご利用いただけません。 |
| テレビ  メーカー | 専用機器を接続させていただく、テレビのメーカーを教えてください。 □SHARP　□Panasonic　□SONY　□TOSHIBA　□HITACHI　□MITSUBISHI  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| インターネット  回線 | １．申請者の方のお宅のインターネット回線について教えてください。  □回線がある（□有線　□無線（Wi-Fi））　□回線がない  ２．１で「回線がある」と回答の方へ、テレビ・プッシュサービス用に回線を利用可能ですか？  □はい　□いいえ　□わからない  ３．１で「回線がある」かつ「有線」と回答の方へ、専用機器を接続するテレビの近くへ配線が可能ですか？  □はい　□いいえ　□わからない  ４．１で「回線がない」と回答の方へ、本サービスではインターネット回線が必要となります。回線の準備はどうされますか？  □自身で準備する　□テレビ・プッシュの整備と同時に依頼したい |
| 世帯状況  （施設は回答不要） | 世帯構成を教えてください。  □単身　□2人　□3人　□4人　□5人　□6人以上  世帯で健聴者の方はおられますか。  □いる　□いない  上記で「いない」と回答の方へ、機器設置の際、手話通訳は必要ですか。  □はい　□いいえ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 宇和島市記入欄 | 受付番号 | 属性 | 台数 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |