

聴覚障害者相談申込書

申込日：令和 年 月 日

ふりがな	
名 前	
住 所	
	FAX : TEL :
相談希望	*日程調整のため、第3希望まで記入して下さい。
日 時	第1希望 月 日 () 午前：午後 時 分
	第2希望 月 日 () 午前：午後 時 分
	第3希望 月 日 () 午前：午後 時 分
相談内容	※よろしければ、ご記入下さい。 医療・職業・教育・住宅・生活・福祉・法律・聞こえ・他 ()

相談場所 (○で囲って下さい。) ※どちらでもOKです。

- ① () ② () ③ ()



申込先：横浜ラポール聴覚障害者情報提供施設
FAX 045-475-2059

★相談日時をFAX等でご連絡します。

※この個人情報は、当施設事業の目的外で使用することはありません。