2020/7/1改訂

※コピーしてお使い下さい

**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　時 | ＊日程調整のため、第３希望まで記入して下さい。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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |



自宅

**※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。**

**★相談日時をFAX等でご連絡します。**

**申込先：横浜ラポール聴覚障害者情報提供施設**

**ＦＡＸ　０４５－４７５－２０５９**

横浜

ラポール

LINE

ビデオ

通話

1. （　 ）
2. （　 ）

③（　 ）

※どちらでもＯＫです。

相談場所（○で囲って下さい。）