

# 聞こえの相談申込書

申込日： 年 月 日

ふりがな	
お名前	
ご住所	〒 FAX TEL
日時	<p>*第3希望まで記入してください。調整の上ご返信します。</p> <p>第1希望 月 日 ( ) 午前：午後 時 分</p> <p>第2希望 月 日 ( ) 午前：午後 時 分</p> <p>第3希望 月 日 ( ) 午前：午後 時 分</p>
相談内容	

\*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。

## 【横浜ラポール聴覚障害者情報提供施設へのアクセス】



- JR・市営地下鉄新横浜駅から徒歩10分
- 新横浜駅からリフト付き無料送迎バス(障害のある方優先)を運行しています。  
(毎時00分、30分発、15時半～17時半は15分、45分発もあります)