

相 　談 　申 　込 　書　滋賀県立聴覚障害者センター

FAX 077-565-6101

下記にご記入の上お申し込みください。

|  |  |
| --- | --- |
| 日　時 | ※希望日時は、お申込みの3日目以降でお願いします。  ①　　月　　　日（　　）　午前・午後　　時　　分～ |
| ②　　月　　　日（　　）　午前・午後　　時　　分～  ③　　月　　　日（　　）　午前・午後　　時　　分～ |
| 場　所 | ※会場の予約や駐車場などの事情で ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。   1. 滋賀県立聴覚障害者センター　　②　大津市役所 |
| 1. 大津市立障害者福祉センター　　④　自　宅 2. その他・ご指定場所（　　　　　　　　　　　　　） |
| ◎相談したい内容などをお書きください。 | |

あなた様の連絡先をお書きください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 |
| 氏　名 |  | 男　・　女 |
| 住　所 |  | |
|  | |
| ＦＡＸ番号 |  | |