大津市
聴覚障害者
相談支援事業

相　談　申　込　書

滋賀県立聴覚障害者センター　⇒　FAX 077-565-6101

大津市聴覚障害者相談　窓　口　行

下記のとおり、申込みます。【３日前までにお願いします】

日　時	相談したい日時を１つ～３つ書いて下さい。 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	希望する場所に〇をつけてください。 ① 滋賀県立聴覚障害者センター　② 大津市役所 ③ 大津市障害者福祉センター　④ 明日都浜大津 ⑤ 自宅 ⑥ その他・ご指定場所（　　）
◎相談したい内容など自由にお書き下さい。	

あなた様の連絡先をお書きください。

よみがな		性　別
氏名（しめい）		男　・　女
住所		
ＦＡＸ番号		