

大津市

聴覚障害者

相談員設置事業

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 ③ 大津市立障害者福祉センター ④ 自 宅 ⑤ 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		
F A X 番 号		