相　談　申　込　書

担当者　　行き

（FAX　018－862－1820　・　ﾒｰﾙ　center@akita-chokaku.net）

下記のとおり、相談の申込みをします。

日　時	第１希望　いつ？　　月　　日（　　） 時間？　午前・午後　　時　　分 第２希望　いつ？　　月　　日（　　） 時間？　午前・午後　　時　　分
場　所	希望する番号に○をつけてください。 １）秋田県聴覚障害者支援センター ２）ご自宅 ３）その他（希望場所：　　）
内　容	当てはまるものに○をつけてください。 １）健康について ２）生活について ３）人間関係について ４）その他（　　）

ご自分のお名前・ご住所をご記入ください。

ふりがな 氏　　名	
生年月日	年　　月　　日　　歳
住　　所	
連 絡 先	TEL FAX

受付日　　／	担当	