

相 談 申 込 書

担当者

行き

(FAX 018-862-1820)

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	
-----	---	--------	--