

なんちょうそうだんよやく
難聴相談予約

平成 年 月 日

こちらは、名前 _____ FAX _____
(又は団体)

TEL _____

団体の場合の担当者名 _____

次のとおり、難聴相談を予約します

| | | | | | |
|-------------|---|-----------|---------|----|---|
| 平成 | 年 | 月 | 日 | 曜日 | |
| 午前 | 時 | 分 | 午前 ～ | 時 | 分 |
| 午後 | | | 午後 | | |
| <場所> | | | | | |
| <内容> | | | | | |
| <待ち合せ> | | 時間 | 午前 | 時 | 分 |
| | | 場所 | 午後 | | |
| <その他希望すること> | | | | | |

以下は記入しないでください

なんちょうそうだんはけん おしらせ
難聴相談派遣のお知らせ

次のとおり、難聴相談の派遣をお知らせします

| | |
|--------|--|
| 派遣相談員名 | |
| <備考> | |

社会福祉法人 神奈川聴覚障害者総合福祉協会
川崎市聴覚障害者情報文化センター
FAX 798 - 8804 (相談用)
TEL 798 - 8800 (代表)