

しゃそうだんよやく  
**ろうあ者相談予約**

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、ろうあ者相談を予約します

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

以下は記入しないでください

しゃそうだんはけん おしらせ  
**ろうあ者相談派遣のお知らせ**

次のとおり、ろうあ者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)