

ろうあ者相談員派遣申込書

令和 年 月 日

(宛先)
川崎市 長
(指定管理者)

申込者 名前 _____ FAX _____

電話 _____

団体の場合の担当者名 _____

次のとおり、ろうあ者相談員の派遣をお願いします。

相談年月日	令和 年 月 日	曜日
相談時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分	
相談場所	住所	
相談内容		
待合せ	時間 午前・午後 時 分	
	場所	
[対象聴覚障害者名又は人数・その他必要なこと]		

以下は記入しないでください

ろうあ者相談員派遣のお知らせ

派遣するろうあ者相談員は次のとおりです。

派遣ろうあ者相談員名	
<備考>	

※個人情報厳重に管理し、目的以外には使用しません。

〒211-0037 川崎市中原区井田三舞町14-16
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:044-798-8804 電話:044-798-8800 (代表)