相　談　申　込　書

担当者　　　　　　　行き

（FAX 018－862－1820　・　ﾒｰﾙ akita-chokaku@fukinoto.or.jp）

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 |  |