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 |  |