相談申込票

　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏 名 |  |
| 連絡先 | 電　話：　　　　　-　　　　-　　　　　ＦＡＸ：　　　　　-　　　　-　　　　　メール：　　　　　　　　　＠※メールの場合は、パソコンからのメールを受信許可設定にしてください。 |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日（　　）歳 |
| 性 別 | □男　　□女　　□その他　　□回答しない |
| 希望する日 時 | 　　　　年　　　　月　　　　日（　　）　午前・午後　　　　時　　　分　～　　　 |
| 希望する方 法 | □来所　□ＦＡＸ　□電話　□メール　□ＬＩＮＥ※ＬＩＮＥを希望する場合は公式ＬＩＮＥの友だち登録をお願いします。 |
| 内 容 | □仕事　□子育て　□聞こえ　□生活□福祉機器　□ＩＴ　□その他（　　　　　） |

※通常、相談申込票を受け取ってから数日以内には連絡します。

なかなか連絡が来ない場合は、連絡先の間違いや受信許可設定になっていない可能性があります。

お手数ですが、ご確認をお願いします。

奈良県聴覚障害者支援センター　ＦＡＸ 0744-21-7888