

相談申込票

年 月 日

ふりがな	
氏名	
連絡先	電話： - - FAX： - - メール： @ <small>※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。</small>
生年月日	年 月 日 () 歳
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> LINE <small>※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。</small>
内容	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 子育て <input type="checkbox"/> 聞こえ <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 福祉機器 <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/> 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