

聴覚障害者・盲ろう者相談申込書

申込日： 年 月 日

ふりがな	
名 前	
住 所	
	FAX:
相談 希望 日時	※日程調整の為、第3希望まで記入下さい。 第1希望 月 日() 時 分 第2希望 月 日() 時 分 第3希望 月 日() 時 分
コミュニケーション手段：手話・筆談・触手話 (○で囲んでください) 口話・音声・その他()	
相談 内容	

申込先：あいち聴覚障害者センター

FAX：052-221-8663 TEL：052-228-6660

Mail：aichi.deaf.c-soudan@eos.ocn.ne.jp

※この個人情報、当センター事業の目的外で
使用することはありません※