

聴覚障害者支援センター 相談申込書

ふりがな					区	分			
名前					障害者	家族	会社	団体	その他
障害区分	ろう	難聴	中途失聴	盲ろう	なし	その他 ()			
コミュニケーション方法	手話	筆談	補聴器	人工内耳	点字	その他 ()			
相談日決定の返信先 (ご希望の方法にご記入ください。)									
FAX :	()	電話 :	()	携帯 :					
携帯メール :					PCメール :				
相談希望日	<p>日程調整のため、第3希望日までご記入ください。</p> <p>難聴・中途失聴者の相談日は火・木曜日 午後1時からです。</p> <p>支援センターは、平日の8時30分～17時までです。また土、日、祝日と年末年始は休館です。</p> <p>第1希望日 月 日 () 曜日 時 分～</p> <p>第2希望日 月 日 () 曜日 時 分～</p> <p>第3希望日 月 日 () 曜日 時 分～</p>								
相談内容 (簡単にお書きください。)									
(センター記入)	受付日	担当者	連絡	その他					
受付	月 日								

申込先：三重県聴覚障害者支援センター
 FAX：(059) 223-3301
 TEL：(059) 223-3302
 E-mail：deaf.mie-center@vivid.ocn.ne.jp
 〒514-0003 津市桜橋2丁目131
 三重県社会福祉会館5階