

※事前に相談日を予約したい場合は、この用紙をご利用ください。

送信先 FAX 026-229-5558 デフネットながの

ろうあ者相談 予約申込書

ろうあ者相談員との面談を申し込みます。

送信日時 平成 年 月 日

氏名	
住所	
FAX	
◇面談希望日（第3希望まで書いてください）	
第1希望	月 日（ ） 時 分～
第2希望	月 日（ ） 時 分～
第3希望	月 日（ ） 時 分～
◇面談場所（希望の場所に○）	
[] 長野市障害者福祉センター内	
[] 自宅 その他 []	
◇相談時に手話通訳が必要な場合は○ → []	
備考	

※面談日が決まり次第、「デフネットながの」からFAXします。

長野市聴覚障害者センター “デフネットながの”

TEL 026-229-5557 FAX 026-229-5558