

相談申し込み書

● お申込みされる方はどなたですか？

フリガナ 氏名	年齢()代
住所	〒
連絡先 (TEL・FAX・メール)	

● 聴覚障害がある方はどなたですか？

① 申し込みご本人	② ご家族・その他()
-----------	--------------

②の方だけご記入ください。どなたのご相談ですか？

フリガナ 氏名	(申し込みご本人の場合は記入不要です)	年齢()代
住所	県	市・町

● ご相談内容は何ですか？

1 聴力に関すること 2 補聴器に関すること 3 生活上の不自由 4 周囲との関係 5 コミュニケーションの取り方 6 その他	【お困りごとを具体的にお書きください】
--	---------------------

ここに記載された個人情報はこの目的以外に利用したり、外部に提供することはありません。

広島県聴覚障害者センター

TEL :082-254-0085(火曜日～日曜日 9:00～17:00)

FAX :082-254-0087

メール:soudan@hiro-chokaku.jp

FAX メールは24時間受信可能(回答にお時間をいただく場合があります)