

下記の事項をご記入の上、FAXしてください

令和 7 年度身体障がい者巡回相談（耳鼻科）参加申込書

FAX 075-981-8080

(ふりがな) 申込者氏名	 年齢 ()
住所	〒
電話・FAX	
相談内容 いずれかに○をつけて ください。	① 現在使用している補聴器の相談 ② 補聴器が必要か否かの聞こえに係る相談 ③ 補聴器購入に係る相談等 ④ 聴覚障がいに関する相談 ⑤ その他 ()
来所見込時間 いずれかに○をつけて ください。	① 13:00～13:30 ② 13:30～14:00 ③ 14:00～14:30 ※混雑回避のため選択された来所見込時間に沿えない場合がございます。その場合は上記連絡先にご連絡いたします。ご了承ください。
《個人情報の取り扱いについて》いただいた個人情報は、主催者からの連絡事項が発生した時の連絡先として使用します。それ以外の目的には使用いたしません。	