福岡市聴覚障がい者情報センター　宛

予約票（ＦＡＸ送信票）

ＦＡＸ：０９２－７１８－１７１０

相談の予約をお願いします。

氏　名　：

年　齢　　才　　男　・　女

住　所　：

連絡先　：　　（ＦＡＸ番号をご記入ください）

○　相談希望日

第１希望　：　　月　　日　　午前　・　午後　　時　　分から

第２希望　：　　月　　日　　午前　・　午後　　時　　分から

第３希望　：　　月　　日　　午前　・　午後　　時　　分から

※　相談受付時間は，平日の午前９時から午後５時までとなっております。
（土・日・祝日・年末年始（１２月２９日から１月３日まで）を除く。）

○　相談内容

①　労働　　②　家庭　　③　医療　　④　教育

⑤　手続き　　⑥　その他（　　）

福岡市聴覚障がい者情報センター
住 所：福岡市中央区荒戸３－３－３９　福岡市市民福祉プラザ３階
FAX：０９２-７１８－１７１０
電 話：０９２-７１８-１７２４