

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