

遠隔ろうあ者相談 相談内容入力フォーム（FAX）

名 前	
市町村	
FAX 番号	※受付確認の FAX をお送りします
希望日時	第一希望 月 日（ ） 時 第二希望 月 日（ ） 時
通信方法	LINE Skype FaceTime zoom どちらか○をつけてください
相談したい 内容	

神奈川県聴覚障害者福祉センター 【FAX】 0466-27-1225 まで送ってください