**返送先：飯能市障害福祉課**

**ＦＡＸ　042-986-5074**

**メール　syoufuku@city.hanno.lg.jp**

飯能市聴覚障害者相談会

相　談　申　込　書

名前　　　　　　　　　　　　　　FAX

相談日　　　　月　　　　日　（　　　）　　　　時　　　　分　～

**※相談日は毎月第２木曜日の午前１０時～１２時です。**

**相談日の３日前までにお申し込みをお願いします。**