

FAX : 053-457-2645 浜松市障害者更生相談所あて

受付期間: 令和8年1月15日～2月4日

申 込 書

| | 時 間 | 内 容 | 参加希望に○を 記入してください |
|------|---------------|----------------|---------------------|
| 午前の部 | 10時30分～11時50分 | 聴覚障害と補聴器に関する講演 | |
| 午後の部 | 12時50分～16時00分 | 補聴器に関する相談 | |

※重複可

| | |
|-----------|--|
| ふ り が な | |
| 氏 名 | |
| 住 所 | 〒 浜松市 区 |
| 年 齢 | 10代以下 ・ 20代 ・ 30代 ・ 40代 ・ 50代 60代 ・ 70代 ・ 80代 ・ 90代以上 |
| 電 話 番 号 | |
| F A X 番 号 | |