

## 視覚・聴覚障害者センター 行

「難聴者のためのコミュニケーション教室」 申し込みます

コミュニケーション教室を受講にあたって、あなたが感じていることを教えてください

① 聞こえづらさについて ○をつけてください。

	電話で会話のやりとりができる
	グループ(3人以上)での会話が支障なくできる
	グループでの会話は難しいが、1対1での会話はできる
	ほとんど聞こえず、筆談などのサポートが必要
その他(	)

② 手話の習得レベルについて ○をつけてください。

	全くできない
	あいさつ(おはよう・すみません・ありがとう)程度はできる
	簡単な日常会話はできる
その他(	)

③ 生活で困っていることや不安に思っていることに、いくつでも○をつけて下さい。

	買い物でのコミュニケーション
	近所との付き合い
	町内会などの地域の行事への参加
	携帯電話、スマートフォンなどの使用
	交通方法(電車、バス、タクシーなど)
	家のなかのテレビや湯沸かし、レンジ、換気扇などの音
	万が一、病院など入院した場合のコミュニケーション
	相談したり、話し合える人がいない
その他(	)

ふりがな		年齢	<p style="text-align: center;">◆ 申し込み・問い合わせ先 ◆</p> <p style="text-align: center;">堺市立健康福祉プラザ</p> <p style="text-align: center;">視覚・聴覚障害者センター 岩本宛</p> <p style="text-align: center;">〒590-0808 堺市堺区旭ヶ丘中町4丁3番1号</p> <p style="text-align: center;">FAX:072-243-2222</p> <p style="text-align: center;">メール: kouza@sakai-kfp.info</p> <p>※電話でのお申し込みはできません。 メールかFAX、郵送をお願いします。</p> <p>※メールでのお申し込みは、必ず名前、年齢、住所、 連絡先、身体障害者手帳所持などの入力上、お申し込み下さい。</p> <p>※問い合わせの場合は、日曜・月曜・祝日は休館日のためご注意ください。 以外の曜日をお願いします。(午前9時～午後5時)</p>
氏名		満 歳	
住所	〒 堺市		
連絡先	FAX		
※日中の連絡 しやすい方法 で 記入をお願いします	TEL		
	メール		
身体障害者手帳の有無	持っています・持っていません (※手帳がなくても受講できます)		
その他(勤務先など)			