

視覚・聴覚障害者センター 行

11月25日(火) 聞こえの相談会申込書

お名前_____ ご年齢_____ 歳

ご住所_____ 区_____

電話番号_____ - _____ FAX _____ - _____

ご相談内容：聴力の相談

補聴器の相談

その他（下線部にお書きください）

センター記入欄

--	--	--