

# 手 話 通 訊 派 遣 申 込 書

令和 年 月 日

お名前	
住 所	
FAX/TEL	
日 時	令和 年 月 日( ) 午前・午後 時 分から 時 分
場 所	住所 TEL
内 容	
待ち合わせ	午前・午後 時 分 場所
その他	

- 派遣場所 県内・・・どこでも派遣します  
県外・・・「やすらぎ」までお問い合わせください
- 申 込 先 原則7日前までに申し込んでください(無料)

茨城県立聴覚障害者福祉センター やすらぎ

FAX 029-247-1369

TEL 029-248-0029

○310-0844 水戸市住吉町349-1

○休館日:月曜午後・火曜日・祝日・年末年始