

(別紙2) 平成24年度 視聴覚障害者相談 受付票

フリガナ 氏名	□視覚障害者□聴覚障害者□関係者	
住所	〒	
連絡先	TEL:	FAX:
情報手段	□要約筆記 □手話 □補聴器 □その他 ( ) ※聴覚障害の方は、必要な方法を記載してください。	

希望日	<input type="checkbox"/> 12月3日 (月)	<input type="checkbox"/> 12月4日 (火)
	希望時間 (20分程度) 時 分	希望時間 (20分程度) 時 分
内容	<input type="checkbox"/> 法律・生活相談 ・ 相続、遺言、金銭の借入れ、家族に関すること、裁判や訴訟、調停、 その他法的トラブルの解決など ・ 不動産 (土地、家、住宅、マンション) の登記名義変更、裁判や訴訟、調停、 その他法的トラブルの解決など 成年後見制度 (認知症や知的障害、精神障害などで判断力が十分でない人が、財 産侵害を受けたり、人間としての尊厳が損なわれたりすることがないように、安 心して生活できるようサポートをする制度) に関すること <input type="checkbox"/> 医療 (療育) 相談 血圧測定、こころの相談、病気の予防や治療等、健康に関すること <input type="checkbox"/> 就業相談 働きたいと考えている方への就労支援、今働いているけど上手くいかない悩ん でいる方への雇用者、家族、医療関係者、行政などとの話し合い、各種サービス 調整などの支援に関すること <input type="checkbox"/> 訓練 (機器) 相談 見えにくい、聞こえにくいために困っていることに関する相談、また生活の中で 補うための便利な機器 (補聴器やルーペ、パソコン、プレクストークなど) に 関する相談、歩行訓練など	

<注意事項> ※相談日程は、別紙1の日程表を参考にして下さい。

※今回知り得た個人情報、申込みのあった事業以外に使用することが  
ないよう管理を行います。

※該当する□にチェックを入れて下さい。

