ワンストップ相談　申込用紙（静岡地区用）

（フリガナ） お名前	
希望日時	月　　日　　時　　分　ごろ （偶数月の第３木曜日午後１時 30 分～午後３時 30 分までの間）
相談内容 （簡単に）	
連絡先 ・ 連絡方法	（電話番号・ＦＡＸ番号・電子メールアドレス） 電話　・　ファクシミリ　・　電子メール　・ その他（　　） ※　受付後、静岡市障害者協会（静岡市障害者相談支援推進センター）から折り返し連絡いたしますので、連絡方法をご指定ください。
その他	（伝えておきたいことや要望等がございましたら、ご記入ください。）

※　いただきました個人情報は、個人情報保護に関する関係法令（静岡市の条例等を含む。）に基づき、適切に取扱わせていただきます。また、法令等の要請に基づく場合を除き、個人情報を相談業務以外に使用することはありません。