

面談のご予約は Fax : 06-4394-8501

もしくは Mail : soudan@kojoken.jp へお送りください。

《子ども家庭相談室面談予約票》

お名前 _____

(お名前にはふりがなもお願いします。)

☆面談のご予約をお受けいたします。

ご希望をできる限り、ご記入ください。

日程が決まり次第ご連絡いたします。

第1希望 年 月 日 (木)

① 10:00～ ②13:00～ ③15:30～ ④18:00～

第2希望 年 月 日 (木)

① 10:00～ ②13:00～ ③15:30～ ④18:00～

第3希望 年 月 日 (木)

① 10:00～ ②13:00～ ③15:30～ ④18:00～

☆面談の形態

第1希望 筆談

第2希望 手話通訳(手話通訳者はご自身でご手配ください。同行していただくこと
になります。)

第3希望 その他 具体的にご記入ください。

(ご希望に添えない場合もあります。あらかじめご了承ください。)

☆連絡先の Fax 番号もしくはメールアドレスをご記入ください。

Fax : _____

Mail : _____

(どちらか連絡が付きやすい方をご記入ください。)

公益社団法人子ども情報研究センター 子ども家庭相談室