送信先：中央区　福祉の総合相談窓口「ぬくもりの窓口」

中央区保健福祉センター支援調整課　行き

FAX番号：092-771-4955

**相　談　予　約　FAX　送　信　票**

**○発信元連絡先**

氏名：

住所：

電話番号：

メールアドレス：

※下記記載内容について、連絡が取れる方の

情報を記入してください

**１　相談希望日時**

　希望する日付を記入のうえ、希望する時間帯に○を付けてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （記入例） | 令和　７年　　８月　　１日 | 〇 | １０時00分～１２時００分 |
| 第1希望 | 令和　　年　　　月　　　日 |  | １０時00分～１２時００分 |
|  | １３時00分～１５時００分 |
| 第2希望 | 令和　　年　　　月　　　日 |  | １０時00分～１２時００分 |
|  | １３時00分～１５時００分 |
| 第3希望 | 令和　　年　　　月　　　日 |  | １０時00分～１２時００分 |
|  | １３時00分～１５時００分 |

**２　主な相談内容**

|  |
| --- |
|  |