送　信　先 ： 東区　福祉の総合相談窓口「ぬくもりの窓口」

東区保健福祉センター支援調整課　　　　　　　行き

FAX番号　：　０９２－４０２－２１３３

相談予約フォーム（FAX送信票）

発信元 （相談者の情報）

氏名 ：

住所 ：

電話番号 ：

FAX番号 ：

FAX送信枚数（本紙含む） ：　　　　　　枚

１　相談希望日時

希望する日付を記入のうえ、希望する時間帯に〇を付けて下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記 入 例 | 令和　７年　８月　１日 | 〇 | 00時00分～00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 |

２　主な相談内容