

「ハートフル個別相談」申込書

申込日 令和 年 月 日

● 申込者

ふりがな			
氏名		連絡先	
住所	〒		

● 相談希望日時

ご希望の月日を第3希望まで記入し、ご希望の時間に○を付けてください。

	月/日	10:00～	13:00～	15:00～
第1希望	/			
第2希望	/			
第3希望	/			

※ 相談時間は
1時間30分程度になります。

※月日は異なる日を2日以上あげてください。

● 今、どのようなことにお困りですか。あてはまるものに✓を入れてください。

- ☐ 目が見えにくい ☐ 知的障がいがある ☐ 療養中で日常生活が難しい
☐ 手指が動かしにくい ☐ 身体障がいがある
 その他、お困りのことがありましたらお書きください。

● 相談内容 あてはまるものに✓を入れてください。

- ☐ マルチメディアデージー（※1）について知りたい
☐ 録音図書（※2）について知りたい
☐ 情報が知りたい

相談したい内容を詳しくお書きください。

※1:パソコン等を使用して、目と耳から読書を楽しむ電子図書のこと

※2:朗読して記録し、目次や見出から検索できる機能がある機器で聞く音声資料のこと

● 来館される方に○をつけてください

ご本人	ご家族（ ）	その他（ ）
合計人数	人	

相談日時が決まりましたらご連絡いたします。

相談内容について、改めてお伺いする場合がございます。

ご記入いただいた内容は、ご連絡、相談の内容の検討、統計的処理以外には使用いたしません。

問い合わせ:大山町立図書館本館（担当 橋井）

tel:0858-49-3010