



長崎県ひとり親家庭等自立促進センター「YELLながさき」

FAX : 095-848-1112

令和4年度「面会交流援助無料個別相談会」【西彼地区】

申 込 書

申込日 年 月 日

フリガナ	
氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
住 所 (自 宅)	〒
電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 自宅 () -
	<input type="checkbox"/> 携帯 ()
	※日中主に連絡が可能な電話番号に☑をいれてご記入ください。
会 場 ※いずれか一つに ○印をつける	長与町：長与南交流センター ・ 時津町：時津町役場
相談希望日 ※いずれかの日付に ☑を付けて下さい	【長与町会場】 <input type="checkbox"/> 9月17日(土) <input type="checkbox"/> 10月9日(日) 【時津町会場】 <input type="checkbox"/> 9月23日(金・祝) <input type="checkbox"/> 10月15日(土)
相談希望時間 ※いずれかの時間帯に ☑を付けてください	<input type="checkbox"/> 10時～ <input type="checkbox"/> 10時30分～ <input type="checkbox"/> 11時～ <input type="checkbox"/> 11時30分～ <input type="checkbox"/> 13時～ <input type="checkbox"/> 13時30分～ <input type="checkbox"/> 14時～ <input type="checkbox"/> 14時30分～ <input type="checkbox"/> 15時～ <input type="checkbox"/> 15時30分～
※質問等ございましたらご記入ください。	

* 取得した個人情報は、個別相談会実施に関する事項にのみ使用いたします。