

【 大阪ろうあ会館 手話通訳依頼書 】

※ 太線内をきちんと記入して下さい。

受付	TEL	FAX	受付月日	・ ・ () :		調整日： /
	来館	郵便	取消月日	・ ・ () :		調整者：
申込者						(手話通訳を必要とする人【ろうあ者】の名前)
住所	〒 -					(手話通訳を必要とする人の市・区)
	FAX :					FAX :
	TEL :					
派遣日	年 月 日		曜日	午前 午後	時 分 から	午前 午後
内容	科 (初診・再診・予約)		定期診察 ・ 入院説明 ・ 手術前説明 ・ 手術後説明 消毒 ・ 検査 [] 歯科清掃 ・ 義歯(入れ歯)作成 ・ その他の歯の治療 健康診断 ・ その他 [] 症状：痛い・けが・かゆい・その他 () どこ () いつから ()			
場所	行き先：		待ち合わせ場所			
	住所：		「受付前」、「〇〇科の受付前」など目印になる場所を具体的に書いてください。			
	電話：					
	待ち合わせ時間		待ち合わせる人の名前：			
	午前・午後 _____ 時 _____ 分		最寄駅・バス停			
	・通常は、予約時間や検査指定時間の5分前です。					
	・初診の場合は、初診受付に行く時間か初診受付を済ませた時間を記入してください。					
通訳者	依頼書fax： / 〒： /		依頼書fax： / 〒： /			
依頼主への連絡日			通訳者への資料発送 (ゆうメール・メール便・速達)日		/	
作業完了日			データ入力		キャンセル入力	

大阪ろうあ会館： TEL 06-6761-1394 FAX 06-6768-3833
 〒540-0012 大阪市中央区谷町5-4-13 大阪府谷町福祉センター内