

【 大阪ろうあ会館 手話通訳依頼書 】

202007

※太枠内をもれなくご記入ください

申込者			担当者名			下記依頼を受け付けました	
住所	〒 ー					受付 (:)	
	※請求書の送付先が異なる場合は下記にご記入ください						
	住所 :		宛名 :				
FAX :			TEL :				
派遣日	年	月	日	曜日	午前	時	分
					午後		
内容	科		定期検診 ・ 健康診断				
	(初診・再診・予約)		検査 ()	・説明 ()			
	対象者名		相談 ()	・その他 ()			
	()		症状 ()				
場所	行き先 :		最寄駅またはバス停				
	住所 :		線				
	電話 :		駅				
	待ち合わせ場所		徒歩 () 分				
	※「〇〇科受付前」等、目印になる場所を具体的にご記入ください						
	待ち合わせの時間 : 午前・午後 :		●地図の添付をお願いします。				
通訳者	依頼書FAX / 〒 /		依頼書FAX / 〒 /		依頼書FAX / 〒 /		
	なし ・ 待ち (依頼日 /) ・ 保管中		資料発送日		/ (速達・普通)		
	依頼者への連絡日		データ入力		作業完了日		
キャンセル月日	年	月	日	理由			入力

大阪ろうあ会館 TEL : 06-6748-0380 FAX : 06-6748-0383

〒537-0025 大阪市東成区中道1-3-59

大阪府立福祉情報コミュニケーションセンター3階

聴覚障がい者支援センター (手話) 手話通訳派遣担当 : 西川・石橋

