令和２年10月26日現在

（遠隔手話通訳用申請書）

意思疎通支援者派遣申請書

令和　　年　　月　　日

大阪府知事　様

申請者

次のとおり意思疎通支援者の派遣を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 派遣日時 | **※診察予約の日時**  令和　　　年　　　月　　　日（　　）　　時　　分　から終了まで  待ち合わせ時間：　　　　時　　　分  待ち合わせ場所：  待ち合わせをする人の名前： | |
| 通訳場所  （受診の  　　病院名） | 名称等 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | 電話：　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ： |
| 通訳内容 | 新型コロナウイルス感染症指定病院の受診に伴う  遠隔手話通訳サービス | |
| 備　　考 | **※下記3点、記入漏れの無いようご注意ください。**   1. **こちらから、手話通訳者とつながるＵＲＬとＱＲコードをお送りします。メールアドレスとＦＡＸ番号を教えてください。**   メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ＦＡＸ番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   1. **受診内容**   （　ＰＣＲ検査など ・ 陽性後の受診　）※どちらかに〇をつけてください。     1. **スマートフォンまたはタブレット（ｉPａｄ等）はお持ちですか？**     （　持っている　・　持っていない　）※どちらかに〇をつけてください。  **※お持ちでない場合は貸し出しができます。貸し出し希望の方は、**  **住所を書いて下さい。**  （〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |