

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	<b>※診察予約の日時</b> 令和 年 月 日 ( ) 時 分 から終了まで <del>待ち合わせ時間： 時 分</del> <del>待ち合わせ場所：</del> <del>待ち合わせをする人の名前：</del>	
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	<b>※下記3点、記入漏れの無いようご注意ください。</b>  ① こちらから、手話通訳者につながる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 ( )  ② 受診内容 ( PCR検査など ・ 陽性後の受診 ) ※どちらかに○をつけてください。  ③ 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○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。 ( 〒 )	