

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 _____

住 所 _____

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	
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。	