

【 大阪ろうあ会館 手話通訳依頼書 】

202007

※太枠内をもし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 から 午後 時 分			
内容	科 (初診・再診・予約)	定期検診 ・ 健康診断			
	対象者名 ()	検査 () ・ 説明 () 相談 () ・ その他 () 症状 () いつから ()			
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		●地図の添付をお願いします。		
待ち合わせの時間：午前・午後					
待ち合わせる人の名前：					
通訳者	依頼書FAX / 〒 /	依頼書FAX / 〒 /	依頼書FAX / 〒 /		
資料	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

