

【 大阪ろうあ会館 手話通訳依頼書 】

202007

※太枠内をもらなくご記入ください

| | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------|--------------|---------|
| 申込者 | 学校 | 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 | ●児童のクラス 年 組 | | | |
| | () 授業参観 | 【科目： 内容：】 | | |
| | () クラス懇談 | 【時間： ~ 場所：】 | | |
| | () 個人懇談 | 【二者懇談・三者懇談・進路相談・】 | | |
| () その他 | 【内容】 | | | |
| ●手話通訳を必要とする人の名前： () | | | | |
| ●保護者の出席確認 : 済み ・ まだ | | | | |
| 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 | | |
| | ※〇〇教室前・職員室・校長室等、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。 | | |
| 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

