

【 大阪ろうあ会館 手話通訳依頼書 】

202306

※太枠内をきれなくご記入ください

| | | | | |
|----------|-------------------------------------------|---------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 申込者 | | 担当者名 | | 受付印 |
| 住所 | 〒 ー | | | |
| | ※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 時 分 から 時 分 (時間は24時間表記をお願いします) | | | |
| 行事名 | | | | オンラインまたは録画 有 ・ 無 ※いずれかに必ず○をつけてください。 ※ 手話通訳者をオンライン配信または録画されますと料金が異なります。 |
| 内容 | (手話通訳を必要とする方の名前： 居住市または区：) ・ 不特定 | | | |
| 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 (具体的にご記入ください) | 徒歩 分 | | |
| | 待ち合わせの時間： | ●地図の添付をお願いします。 | | |
| | 待ち合わせる人の名前： | 通訳者の服装： 平服 ・ やや改まって | | |
| 通訳者 | 依頼書FAX / 〒 / | 依頼書FAX / 〒 / | 依頼書FAX / 〒 / | |
| | 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 | | キャンセル | 月 日 | 理由 |

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・善田

