

【 大阪ろうあ会館 手話通訳依頼書 】

202207

※太枠内をもし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 時 分 から 時 分 (時間は24時間表記をお願いします)				
内容	科	診察 ・ 検査 ・ 結果説明 ・ 相談			
	(初診・再診・予約)	その他 ()			
対象者名	症状または病名 :				
()	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 (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 / 〒 /		
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・善田

