

※太枠内をもれなくご記入ください

依頼者	事業所名	※請求書の宛名や送付先が異なる場合は必ず下記をご記入ください。			担当者名	
	〒					—
	FAX		TEL			
派遣日	年 月 日 曜日 時 分 から 時 分					
(時間は24時間表記でお願いします)						
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				
	待ち合わせ場所 (具体的にご記入ください)	駅				
	待ち合わせの時間：	徒歩 分				
待ち合わせる人の名前：	通訳者の服装：平服・やや改まって					
請求	請求書 (見積書) 宛名：					
	送付先：〒	担当者：				
通訳者	/	/	/	/	/	
資料	なし・待ち (依頼日 / ) ・保管 (m / )			資料m	/	現地
受付	/	連絡	/	取消	/	理由

大阪ろうあ会館 手話通訳派遣担当

〒540-0004 大阪市中央区玉造2-16-8 玉造井上ビル4階  
 TEL: 06-6748-0380 FAX: 06-6748-0383  
 メール: sliha@daicyokyo.jp

※日程の迫ったご依頼は、必ずお電話にてご相談ください。