

※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 :				
場所	()		いつから :				
	行き先 :				最寄駅またはバス停		
	住 所 :				線 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 :						
	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 : 06-6770-5027 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。