

【 大阪ろうあ会館 手話通訳依頼書 】

202007

※太枠内をもれ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 | 午前 | 時 | 分 |
| | | | | | 午後 | | |
| 内容 | 科 | | 定期検診 ・ 健康診断 | | | | |
| | (初診・再診・予約) | | 検査 () | ・説明 () | | | |
| | 対象者名 | | 相談 () | ・その他 () | | | |
| | () | | 症状 () | | | | |
| 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 | | | |
| | ※「〇〇科受付前」等、目印になる場所を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。 | | | |
| 通訳者 | 依頼書FAX / 〒 / | | 依頼書FAX / 〒 / | | 依頼書FAX / 〒 / | | |
| | 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・石橋

