

手話通訳者派遣依頼書【個人用】

- ◎ 1週間前までに（県外での通訳は2週間前までに）お申し込みください。急病などの緊急は除きます。
- ◎ 17:30以降は、翌朝または休館日明け8:30からの対応になります。（休館日 / 日曜・祝日・年末年始）

この個人情報、当派遣事業の目的外で使用することはありません。		申込日	●●○○年	○月	○日
(ふりがな) 氏名	手話通訳を受ける方のお名前	年齢	○○	(年代でも可)
	◇◇◇◇		性別	★	
住所	□□郡 □□町 □□ ○○○-○				
※ 代筆の場合、この欄には通訳対象の聴覚障害者のご記入ください。 代筆者氏名・対象者との関係や所属先・連絡先等は、備考欄にご記入ください。	電話	(○○○○)	○○	-	○○○○
	FAX	(○○○○)	○○	-	○○○○
通訳の日時	●●○○年 ○月 ○日 (□ 曜日)				
	○○時 ○○分 ~ ○○時 ○○分				
待ち合わせ	○○時 ○○分 / 場所 例 「総合案内前」				
通訳の場所 ○場所の名まえ ○住所・電話番号	<p>※ 住所が分からない場所は、目印や簡単な地図などを書いてください。</p> <p>※ 名まえが似ている場所もあるので、きちんと書いてください。</p> <p>例1 「・・ △△科▲▲科病院△△科」 例2 「▽▽会社▼▼支店」</p> <p>□□市 □□町 □□ ○丁目 ○○-○○ 電話 (○○○○) ○○-○○○○</p>				
用件・内容	<p>※ 具体的に書いてください。案内やチラシなどがあれば、一緒にお送ってください。</p> <p>※ 内容を分かりやすく書いてください。</p> <p>病院の場合は「▲▲科受診」「定期健診」 初診や再診、症状・病名など</p> <p>ほかに「～の相談」「～の手続き」など</p>				
備考	<p>代筆の例 「代筆 ◆◆◆◆印 (◇◇◇◇の子) 連絡先 (○○○) ○○○-○○○○」</p>				

【あて先】 〒862-0950 熊本市中央区水前寺6丁目9番4号 熊本聴覚障害者総合福祉センター
一般財団法人 熊本県ろう者福祉協会 理事長 福島 哲美

電話 (096) 383-5587 FAX (096) 384-5937