

盲ろう者向け通訳・介助員派遣依頼書

派遣希望日時	年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分				
派遣場所 (住所・電話番号 目印になる地図 などを書いてく ださい。)					
用 件					
コミュニケーション手段 (希望するものに を付けてください。)					
話を聞くととき			話をするととき		
手書き (ひらがな・カタカナ・漢字混じり・数字)			手書き (ひらがな・カタカナ・漢字混じり・数字)		
筆 談			筆 談		
手 話			手 話		
プリスタ			プリスタ		
音 声			音 声		
指点字 (ライト・パーキンス)			指点字 (ライト・パーキンス)		
指文字 (日本語・ローマ字)			指文字 (日本語・ローマ字)		
その他 ()			その他 ()		
通訳・介助の際に注意すること					
使用文字	読むとき	点字・墨字	書くとき	点字	墨字

ここは記入しない	受付日	/	受付者名	
----------	-----	---	------	--

上記のとおり盲ろう者向け通訳・介助員の派遣を依頼します。

年 月 日

依頼者本院 氏名

FAX

FAX

代 筆 者 氏名

TEL

(依頼者本人との続柄)

財団法人 熊本県ろう者福祉協会

理事長 福 島 哲 美 様

TEL 096-383-5587 ・ FAX 096-384-5937