

手話通訳者派遣申請書・依頼書

FAX 送信先：(097)556-0556

(社福)大分県聴覚障害者協会 〒870-0907 大分市大津町 9 番 5 号

TEL：(097)551-2152

5 日前までに FAX(緊急時は当日でも OK) 申込日時 月 日 時 分

1	氏 名	
2	依 頼 者 住 所	〒
3	ファックス番号	
	携 帯 番 号 ・ ア ド レ ス ※ <u>緊急時</u> に使います	
4	派 遣 年 月 日	年 月 日 ()
5	派 遣 場 所	住所： _____
6	派 遣 時 間	時 分 ~ 時 分頃まで
7	待 ち 合 わ せ	場 所 () ・ 時 間 ()
8	通 訳 内 容	① 病 院 () 科 診察・検査:CT・MRI・胃・大腸・その他()・手術
		① 住 居 () ・ ③ 警 察 (事件・交通事故・その他)
		② 会 議・研修会・講演会 (大会名：)
		③ スポーツ (大会名：)
		④ 運転免許 (免許更新()分)・安全学校・交通事故・その他)
		⑦自動車学校 (学科・仮免許・本免許・高齢者講習・その他)
		⑧学校 (PTA・入学式・卒業式・その他) ※良ければ学校からの案内文書等をファックスしてください。
		⑨その他 ()