

# 手話通訳者派遣申込書

下記のとおり、手話通訳者の派遣を申し込みます

依頼日: 令和 年 月 日( )

依頼者	氏名 又は 団体名	担当者	電話
	住所		FAX
派遣日時	平成 年 月 日( ) 時 分 ~ 時 分		
派遣場所	名称		
	住所	電話	
派遣内容			
待合わせ場所			待合わせ場所の目印
待合わせ時間			
<p>通訳内容(○印をつけてください)</p> <p>①医療・生命・健康 (診察・検査・治療・入院退院手続・健康診断等)</p> <p>②教育・保育 (入学式・卒業式・授業参観・家庭訪問等)</p> <p>③権利・法律 (交通事故・被害相談・法律相談・裁判等)</p> <p>④労働・職業 (求職・面接・入社試験・社内研修等)</p> <p>⑤住居 (入居手続・契約・購入・トラブル相談等)</p> <p>⑥行政関係 (福祉センター、行政等手続)</p> <p>⑦文化・教養 (講演会・テレビ等)</p> <p>⑧社会生活 (運転免許・保険・金融関係等)</p> <p>⑨介護保険 (介護申請・認定調査等)</p> <p>⑩総合支援法 (相談・申請・調査等)</p> <p>⑪その他 (会議等)</p>			

※手話通訳者派遣の依頼は、一週間前までにお願いします。大会等は一ヶ月前までにお願いします。

緊急の場合は、可能な限り対応します。

北九州市立聴覚障害者情報センター 手話通訳者派遣担当

北九州市八幡西区黒崎3丁目15-3 コムシティ5階

TEL093-645-1216 FAX093-645-3335