

## 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	令和 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			
通訳内容(○印をつけてください)			
①医療・生命・健康	(診察・検査・治療・入院退院手続・健康診断等)		
②教育・保育	(入学式・卒業式・授業参観・家庭訪問等)		
③権利・法律	(交通事故・被害相談・法律相談・裁判等)		
④労働・職業	(求職・面接・入社試験・社内研修等)		
⑤住居	(入居手続・契約・購入・トラブル相談等)		
⑥行政関係	(福祉センター、行政等手続)		
⑦文化・教養	(講演会・テレビ等)		
⑧社会生活	(運転免許・保険・金融関係等)		
⑨介護保険	(介護申請・認定調査等)		
⑩総合支援法	(相談・申請・調査等)		
⑪その他	(会議等)		

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

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