

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

令和 年 月 日()

氏名 (なまえ)		電話	
		FAX	
住所 (じゅうしょ)			
派遣日時 (いつ)	平成 年 月 日() 時 分 ~ 時 分		
派遣場所 (どこ)	行先 (なまえ)		
	所在地 (ところ)		
	電話		
派遣内容 (なに)			
待合わせ場所			
待合わせ時間			
<p>通訳内容(○印をつけてください)</p> <p>1. 病院 (診察 検査 入院手続 退院手続 その他)</p> <p>2. 学校 (授業参観 懇談会 説明会 PTA 入学式 卒業式 その他)</p> <p>3. 区役所 (保健福祉課 市民課 国民年金 その他)</p> <p>4. 自宅 (介護保険調査 往診 機器修理 FAX等の設置 その他)</p> <p>5. その他 (銀行 郵便局 社会保険事務所 免許更新 職業安定所 会社 他)</p>			

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
 FAX 093-645-3335 TEL 093-645-1216