

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

平成 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			
通訳内容(○印をつけてください) 1. 病院 (診察 検査 入院手続 退院手続 その他) 2. 学校 (授業参観 懇談会 説明会 PTA 入学式 卒業式 その他) 3. 区役所 (保健福祉課 市民課 国民年金 その他) 4. 自宅 (介護保険調査 往診 機器修理 FAX等の設置 その他) 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)			

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