

## 手話通訳派遣依頼申込書

品川区障害者地域活動支援センター 様

(FAX 3785-3366)

下記の通り手話通訳者の派遣を依頼します。

申込者 <small>もうしこみや</small>	しめい 氏名	年齢	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	
	じゅうしょ 住所	品川区	丁目 番 号	
	れんらくさき 連絡先	メールアドレス	FAX・TEL ( )	
いら ないよう 依頼内容 <small>(なるべく具体的に 書いて下さい。)</small>				
はけんばしょ 派遣場所 <small>(正式名称と住所も ご記入下さい。)</small>				
日時	れいわ 令和	ねん 年	がつ 月	にち 日 ( )
	終了時間がわかる場合は 記入してください	午前・午後	時	分～ 時 分まで
つうやくしゃ 通訳者との待ち合わせ  ばしょ じかん 場所・時間	ま あ ばしょ ちか (待ち合わせ場所) ・ ・ 派遣場所の近くでわかりやすい場所を指定して下さい。			

\*急ぎの内容以外は7日前までに依頼をして下さい。急な依頼の時は派遣できない時もあります。

\*コピーしてお使い下さい。

## 手話通訳派遣依頼申込書

品川区障害者地域活動支援センター 様

(FAX 3785-3366)

記入例

下記の通り手話通訳者の派遣を依頼します。

申込者 もうしこみしや	氏名	しながわ はなこ 品川 花子	年齢	45	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>
	住所	品川区 旗の台 1丁目 1番 1号 101			
	連絡先	メールアドレス (あれば) hanako.shinagawa@ooo.ne.jp FAX・TEL 03 ( 1234 ) 5678			
依頼内容 いら ないよう (なるべく具体的に 書いて下さい。)	診察の1時間前に血液・尿検査あり。 (△△科 10時予約)				
派遣場所 はけん ぼしよ (正式名称と住所も ご記入下さい。)	〇〇病院 △△科 定期通院 (必ず受診する科まで記入して下さい)				
日時	れいわ 令和	ねん 年	がつ 月	にち 日 ( )	
終了時間がわかる場合は 記入してください	午前 午後 9 時 00分～ 時 分まで				
通訳者との待ち合わせ 場所・時間	(待ち合わせ場所) ・ 派遣場所の近くでわかりやすい場所を指定して下さい。 1F 受付前 8時45分 (2F △△科前など)				

\*急ぎの内容以外は7日前までに依頼をして下さい。急な依頼の時は派遣できない時もあります。

\*コピーしてお使い下さい。