別記
様式第１号

No

手話通訳者等派遣・遠隔手話通訳申込書

年　　月　　日

申込者	お名前			
	ご住所			
	FAX/TEL			
通訳方法 ※〇をしてください	1対面での手話通訳　　2遠隔での手話通訳			
希望日時	年　　月　　日（　　） 時　　分　～　　時　　分			
場所				
通訳内容	※〇をしてください 1 病院関係　2 役場関係　3 職場・職業安定所関係 4 保育所・学校関係　5 警察関係　6 公民館・自治会等 7 講演会・集会等　8 その他（　　）			
	※具体的な内容を記入して下さい （診察、健康診断、手続き、相談、懇談、会合など）			
※ 1のみ記入 待ち合わせ時間	時　　分	※ 1のみ記入 待ち合わせ場所		

※申込書は、原則として7日前までに提出してください。ただし、緊急の場合はこの限りではありません。

申込先・連絡先

鳥取県西部聴覚障がい者センター

(FAX:0859-30-3660/電話:0859-30-3659)