

利用登録申込書

平成 年 月 日

一般財団法人 熊本県ろう者福祉協会

理事長 福島 哲美 様

利用登録申込者氏名

印

代筆者 住所

氏名

印

盲ろう者向け通訳・介助者派遣事業を利用したいので申し込みます。

フリガナ		★性別	★生年月日	
氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日	
住所	〒			
TEL		FAX		
障害等級	視覚障害 級	総合		
	聴覚障害 級			
★コミュニケーション手段（該当するものに○を付けてください。）				
話しを聞くとき ①手書き （ふらがな・カタカナ・漢字まじり・数字） ②筆談 ③手話（見る・触れる） ④ブリスト ⑤音声 ⑥指点字（ライト式・パーキンス式） ⑦指文字（日本語・ローマ字） ⑧その他（ ）		話しをするとき ①手書き （ふらがな・カタカナ・漢字まじり・数字） ②筆談 ③手話（見る・触れる） ④ブリスト ⑤音声 ⑥指点字（ライト式・パーキンス式） ⑦指文字（日本語・ローマ字） ⑧その他（ ）		
通訳・介助の際に注意すること。				
使用文字	読む	点字 ・ 墨字	書く	点字 ・ 墨字
※必要に応じて、通訳・介助者に情報を提供いたしますので、予めご了承願います。 なお、氏名・住所・TEL・FAXを除き、★印の中で知られたい項目がありましたら、ここにその項目名をご記入ください。				

※身体障害者手帳の写しを必ず添付してください。

※内容に変更が生じた場合は、次のところまでご連絡ください。

熊本県聴覚障害者情報提供センター TEL 096-383-5595・FAX 096-385-7821