

手話通訳者派遣依頼書【個人用】

◎ 1週間前までに（県外での通訳は2週間前までに）お申し込みください。 ※ 急病などの緊急は除きます。

◎ 17:30以降は、翌朝または休館日明け9:00からの対応になります。（休館日 / 日曜・祝日・年末年始）

※ 代筆の場合、この下には通訳対象の聴覚障害者についてご記入ください。 代筆者のお名前等は【その他】にご記入ください。		申 込 日	年	月	日
(ふりがな) 氏 名				年齢(年代)	
				性別	
住 所					
連 絡 先	電 話	()	—		
	F A X	()	—		
通 訳 の 日 時	年		月	日	(曜 日)
	時	分	～	時	分
待 ち 合 わ せ	時		分 / 場 所		
通 訳 の 場 所	※ 分かりにくい場所は、目印や地図などを書いてください。				
・ 場所の正しい名まえ ・ 住所や所在地 ・ 電話番号					
通 訳 の 内 容	※ 案内やチラシなど、通訳内容に関する資料があれば、一緒に送ってください。				
・ 通訳してほしいこと ・ 会う相手 ・ 行事名 など					
そ の 他	※ 代筆の場合、こちらに代筆者氏名・対象者とのご関係や所属先・連絡先等をご記入ください。				

※ ご記入いただいた情報は、当派遣の目的外で使用することはありません。

【宛先】 〒862-0950 熊本市中央区水前寺6丁目9番4号 熊本聴覚障害者総合福祉センター
一般財団法人 熊本県ろう者福祉協会 手話通訳派遣担当

電話 (096) 383-5587 **FAX (096) 384-5937**

E-mail: kumasyuwahaken@aurora.ocn.ne.jp (FAXを持っていない方用)