

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 ()	—			
	FAX ()	—			
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。				
<ul style="list-style-type: none"> ・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。				
<ul style="list-style-type: none"> ・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)