

手話通訳派遣コーディネート依頼書

年 月 日

兵庫県立聴覚障害者情報センター
管理者 様

受付印

依頼者	機関名	
	代表者	
	所属名	
	担当者名	
	所在地	
	TEL	
	FAX	
	メールアドレス	

対象者	氏 名	(歳)		受付No.	
	ヨミガナ				
申請者	氏 名				
	ヨミガナ				
派遣日	年 月 日 () : ~ : 終了時間の目安は必ずご記入ください				
用 務 内 容					
場 所 等	行き先: 最寄り駅(駅名・バス停名): 所在地: Tel				
	待合せ場所		待合せ時刻		:
通訳者の服装	☐ 平服 ☐ ジャケット着用 ☐ その他()				
手話通訳の方法	☐ 舞台 ☐ 会議 ☐ 対面 ☐ その他()				
全体の派遣人数	人	地域で調整済み人数	人	派遣依頼人数	人
地域の通訳者(調整済みの通訳者氏名)					
資 料	式次第等 ☐ 添付 ・ ☐ 後日				
備 考	・病院受診の際は、受診科、内容など事前情報を必ずお知らせください。				
処 理 欄					
この派遣に関する 問合せ先		兵庫県立聴覚障害者情報センター 手話通訳者派遣担当 FAX078-805-4192 TEL078-805-4175 Mail syuwahaken@hyogo-chokaku.jp			