

手話通訳依頼

福岡市聴力障がい者
情報センター 宛

FAX 718-1718

① **ろうあ者** _____ 区・名前 _____
 自宅のFAX _____ ー _____

② **日時**
 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日
 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

③ **通訳の場所はどこ?** (例) ・病院名・会社名・学校名・
 _____ 区・施設名 _____
 住所 _____ 区 _____ TEL _____ ー _____

④ **会う場所はどこ?**
 (例) ・病院受付1階・学校正門前・〇〇駅改札口前・自宅・
 会う場所 _____
 会う時間 _____ 時 _____ 分

⑤ **用件は何?** 当てはまるものに○をつけてください。

- 【病気】 ・内科 ・眼科 ・耳鼻科 ・小児科
- ・整形外科 ・歯科 ・皮膚科 ・産婦人科
- ・泌尿器科 ・心療内科 ・循環器科 ・検査説明
-
- 【健康】 ・健康診断 ・育児相談 ・介護相談
-
- 【権利】 ・役所届出 ・警察 ・家庭裁判所 ・弁護士相談
- ・交通事故 ・財産相続 ・消費生活相談 ・年金相談
-
- 【職業】 ・就職面接 ・転職 ・職場研修 ・職場会議
- ・職場相談
-
- 【住宅】 ・借家 ・入居説明 ・新築 ・改修
-
- 【学校・育成】 ・授業参観 ・個人面談 ・入園 ・家庭訪問 ・入学式
- ・卒業式 ・ことば教室 ・懇談会 ・説明会
-
- 【文化・教養・スポーツ】 ・文化講座 ・免許講習 ・講演会 ・健康スポーツ
-
- 【人間関係】 ・職場問題 ・家庭問題 ・近隣(町内会)問題
-
- 【その他】 ・役員会議(町内会など) ・冠婚葬祭 ・

受付日	通訳者決定	受付番号
月 日		