

えどがわくしゅわつうやくしゃはけんいらいしょ
江戸川区手話通訳者派遣依頼書

依頼日 平成〇〇年 6月 10日

【依頼先】

一般社団法人

江戸川ろう者協会

江戸川聴覚障害支援センター

依頼書をファックスする日を記入してください。

F A X 03-6661-3003

電 話 03-6661-3255

eメール int@edodeaf.com

以下の1～6まで記入をして、依頼先にFAXしてください。
なお、メールでも依頼することができます。
メールで依頼する場合は1～6の内容をきれなく送信してください。
依頼した日、派遣希望する日時が決まっている時は早目に依頼してください。

1 日時 6月22日(水) 11時30分～13時30分

2 待ち合わせ時間 11時20分

開始時刻の10～15分前で待ち合わせてください。
(もしも遅れたら添付して下さい。)

開始時刻と終了予定時刻を記入してください。

江戸川区役所障害者福祉課

住所 江戸川区中央1-4-1

電話番号 5662-0000

できるだけ具体的に指定してください。

4 待ち合わせの場所(できるだけ詳しくお願いします。地図がない場合は添付して下さい。)

区役所2階1番の障害者福祉課の窓口

5 通訳内容(行事等で資料のある場合は添付して下さい。)

身体障害者手帳を申請するための相談

用件を詳しく記入してください。
例：病院の場合、診療科目や初診かどうか等

6 名前 江戸川 太郎

FAX 1234-5678

住所 江戸川区 〇〇〇1-2-3

連絡が確実に取れる番号を、間違いのないように記入してください。

以下、依頼者は書かないで下さい。

派遣の可否

通訳者氏名

派遣可能です / 派遣不可です 《

》