

りれーしゅわつうやくしゃはけんきぼうかくにんしよ つうやくしゃ
リレー手話通訳者派遣希望確認書（ろう通訳者）

【依頼先】

一般社団法人

江戸川ろう者協会	F A X	03-6661-3003
江戸川聴覚障害支援センター	電 話	03-6661-3255
	eメール	int@edodeaf.com

【依頼者】（名前・住所・連絡先）

名前 _____

住所 江戸川区 _____

FAX _____

メールアドレス _____

別紙、江戸川区手話通訳者派遣依頼書による通訳者派遣の際に
リレー手話通訳者（ろう通訳者）の派遣を希望しますか。

※以下のいずれか、□にチェックをしてください。

- 希望します
- 希望しません