

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 年 6月 10日

【依頼先】

依頼書をファックスする日を記入してください。

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

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の内容をまれなく送信してください。
依頼した
直前の依
派遣を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。		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-	
4	待ち合わせの場所	区役所2階1番の障害者福祉課の窓口	
できるだけ具体的に 指定してください。		できるだけ詳しく記入してください。 例：病院の場合、診察科目や 初診かどうか等	
5	通訳内容	身体障害者手帳を申請するための相談	
6	名前	江戸川 太郎	FAX 1234-5678
	住所	江戸川区 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 《

》