

様式第6号（第9条第1項関係）

所長	事務局	担当者

年 月 日

福島県盲ろう者通訳・介助者派遣申請書

福島県聴覚障害者情報支援センター所長 殿

次のとおり通訳・介助員の派遣を申請します。

登録番号	第 号
申請者氏名	
連絡先	電話番号 ファクシミリ番号
派遣依頼日時	年 月 日 () 時 分～ 時 分
待ち合わせ場所 及び時刻	場所： 時刻：
行き先及び 予定時刻	場所： 時刻：
終了予定場所 及び時刻	場所： 時刻：
通訳介助の内容	
情報伝達方法	・手話（触手話・接近手話）・点字（指点字・ブリスト） ・指文字（日本語式・ローマ字式） ・筆記 ・手のひら書き（ひらがな・カタカナ・漢字混じり） ・音声 ・パソコン ・その他（ ）
その他連絡事項	

※派遣依頼の申込・お問い合わせは・・・

福島県聴覚障害者情報支援センター

電話：024-522-0681 FAX：024-563-6228

E-mail fukushima.yokota@gmail.com

※通訳依頼は2週間前まで※通訳介助者がいない時は派遣できない場合があります。