①手話通訳依頼書

　(申込者→福津市社会福祉協議会)

FAX 0940-34-3343　　　　MAIL 　fukushi@fukutsu-shakyo.or.jp

申込日　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者名 |  |
| 連 絡 先 | TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX |
| 日　　　時 | 　　　　　　月　　　　　日　（　　　　曜日）　　　　　時　　　　　分　から　　　　　　　時　　　　　分 |
| 場　　　所 | (例)病院名、学校名、個人宅の場合は住所等 |
| 内　　　容 | ※できるだけ具体的に書いてください例：●●病院の眼科定期受診、入学説明会等 |
| 待ち合わせ時間 | 　　　　　　　時　　　　　　分 |
| 待ち合わせ場所 | 例：●●病院1階ロビー、学校正門前、自宅等 |
| 事前に知らせておく内容など |  |

※原則として利用日の５日前までに提出してください。

※依頼の概要、参考資料等があれば一緒に提出してください。

社会福祉協議会記入欄

②手話通訳者が決まりました

(福津市社会福祉協議会→申込者)

通訳者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX送信日