

コピーしてお使いください。



## 【手話通訳・要約筆記派遣申込書】

申 込 日	年 月 日 ( )		
ふりがな 申込者氏名	※聴覚障害者ご本人以外の方が申込をする場合は、備考に聴覚障害者氏名を記入してください。		
(団 体 名)			
住 所			
F A X (ない方はメール)	( )	電 話	( )

派 遣 日	年 月 日 ( )		
通 訳 時 間	午前 時 分 ~ 午後 時 分		
場 所	場所の名前		
	住 所		
	電 話	( )	
集 合 時 間	午前 時 分 ~ 午後 時 分	待ち合わせ場所	
通 訳 内 容	※通訳してほしいこと、会う相手、行事名など ※通訳に関する参考資料(チラシ・案内)がありましたら、一緒にお送り下さい。		
希望の通訳方法	①手話通訳	※遠隔での通訳を希望される場合 <input type="checkbox"/> J-talkを使用 → <input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> これから登録 <input type="checkbox"/> Zoom等使用 → 備考に詳しい方法を記入してください	
	②要約筆記 (・ノートテイク・OHC ・PC)	<input type="checkbox"/> Zoom等使用 → 備考に詳しい方法を記入してください	
備 考			

※この個人情報は、当施設事業の目的外で使用することはありません。

手話通訳・要約筆記派遣 FAX: 045-475-2059 専用電話: 045-475-2058

●受付時間 9:00~12:00、13:00~17:00

※FAXは24時間受信していますが、返事等は受付時間内のみの対応となります。

●開設日 年末年始を除く毎日

※ただし、土曜・日曜・祝日は、緊急(事故・急病)への対応のみです。

●住 所 〒222-0035 横浜市港北区鳥山町1752 横浜ラポール聴覚障害者情報提供施設

●休館日 ラポール全館の休館日は、毎月第2火曜日と年末年始