

ひたちなか市手話通訳・要約筆記派遣依頼書

送信先 茨城県聴覚障害者福祉センター 行
 <FAX: 029-247-1369>

希望通訳者（希望するものに○をつけてください）		
	手話	要約筆記（パソコン） 要約筆記（手書き）
ふりがな		
お名前（自分）		
FAX番号		
日時	年 月 日（ ） 時 分から 時 分まで	
場所	いつ？	午前・午後 時 分までに集合
	どこ？	場所（ ） 市町村 町 番地
		電話番号（ ） FAX（ ）
		集合場所（ ）
内容（お知らせいただける範囲で、具体的をお願いします）		
体調不良により病院を受診するときは下記も記入してください		
現在の体の症状		
・熱はありますか？ ある（℃，日から） ・ ない ・鼻水，鼻づまりはありますか？ ある ・ ない ・のどの痛み，せきはでますか？ ある ・ ない		

※利用希望日の7日前までにご依頼ください。（緊急時は除く）

※この用紙は市ホームページからもダウンロードできます。

(https://www.city.hitachinaka.lg.jp/soshiki/7/7_1/10/570.html)