

**【 大阪ろうあ会館 手話通訳依頼書 (守口市) 】**

<手話通訳申込先>

**守口市役所 障がい福祉課 FAX 06-6991-2494**

申込者	守口市健康福祉部障がい福祉課	担当者名		下記依頼を受け付けました  委付 ( : )
住所	〒570-8666 守口市京阪本通2丁目5番5号 FAX : 06-6991-2494 TEL : 06-6992-1630			

※太枠内をもれなくご記入ください

名前		FAX	
派遣日	年 月 日 曜日	午前 時 分 から 午後 時 分	
内容			
場所	行き先 :	最寄駅またはバス停	
	住所 :	_____ 線	
	電話 :	_____ 駅	
	待ち合わせ場所 (具体的にご記入ください)	_____ 徒歩 _____ 分	
	待ち合わせの時間 : 午前・午後 _____ :		
	待ち合わせる人の名前 : 本人 ・ ( _____ )	●地図の添付をお願いします。	

通訳者	依頼書FAX / 〒 /	依頼書FAX / 〒 /	依頼書FAX / 〒 /
資料	なし ・ 待ち (依頼日 / ) ・ 保管中		資料発送日 / (速達・普通)
依頼者への連絡日		データ入力	作業完了日
キャンセル月日	年 月 日	理由	入力

課長	起案者	令和 年 月 日 起案
		令和 年 月 日 決裁