

FAX 03-6303-7171

年 月 日

## 大田区手話通訳者派遣依頼書

名前		FAX	
住所	大田区		

希望日(いつ)	年 月 日 ( 曜日)		
時 間	午前 午後	時 分から	(予定) 午前 午後 時 分まで
派遣場所(どこ)  (例) 〇〇病院 内科受付前など	名称		
	住所		
	電話		
	待合せ場所		
	待合せ時間	時 分	
内 容	診察 検査 就職面接 相談 話し合い 保護者会 個人面談 講演 その他( )		
希 望			
連絡事項 その他			

送付先:大田区立障がい者総合サポートセンター 手話通訳派遣担当

FAX 03-6303-7171



E-MAIL ota@tokyo-shuwacenter.or.jp