

この申込書をご提出してください(FAX・メール等)

年 月 日

遠隔手話通訳タブレット端末の貸出申込書

(送付先) FAX:06-6858-3531

メールアドレス: hsoumu@city.toyonaka.osaka.jp

- ・ご希望日の**10日前**までに、本申込書をご提出ください。
- ・通訳の対応時間は、**9:00~17:00(平日のみ)**で、原則**診察時**(専門性の高い場面や細かいニュアンスを伝えたい場面)のみのご利用となります。
- ・手話通訳については、通訳事業者を介しますことご了承ください。

※太枠内にご記入ください。

ふりがな	
お名前	
ご住所	
FAX番号またはメールアドレス	
診察券番号または、生年月日	(診察券番号)  (生年月日) 大正・昭和・平成・令和 年 月 日
受診日時	年 月 日( ) 時 分 ~
受診科	
受診予約	有り ・ 無し
備考	

病院からの返信欄

--

お問合せ先 〒560-8565 大阪府豊中市柴原町4丁目14番1号  
市立豊中病院 病院総務課  
TEL 06-6843-0101(代表) FAX 06-6858-3531 メールアドレス hsoumu@city.toyonaka.osaka.jp