

手話通訳 要約筆記 どちらかに○をつけてください。		年 月 日 発信 障害福祉センターひまわりへ FAX 06-6866-0811 (土・日・祝日はお休みです)	
氏 名		FAX	— —
通訳する日	月 日 曜日		
通訳の時間	午前 時 分 から 午前 時 分 まで 午後 午後		
通訳する場所を書いてください	・病 院(病院 科) ・その他()		
通訳する場所の住所			
通訳する場所の電話番号	() —		
通訳内容・理由	(例)歯が痛い、検査のためなど		
待合せ場所			
待合せ時間	午 前 時 分 午 後		
そ の 他			

※ 10営業日前まで(緊急時を除く)に“ひまわり”に提出(FAX)してください。