

送信先:長浜市しょうがい福祉課あて
FAX:0749-64-1767

(別記様式)

遠隔手話通訳サービス利用申込書

年 月 日

長浜市長 あて

住 所 _____
氏 名 _____
電話 (FAX) _____ () _____

下記の利用者(長浜市に住所がある者)に対し、遠隔手話通訳サービスを申し込みます。

利 用 者	住所 長浜市 町
	氏名 電話番号
実施の日時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 (予定)
通訳の内容	
場 所	
備 考	

同意事項

1. 通信環境や電波の状況等により遠隔手話通訳サービスができない場合があります。
2. 通訳の内容に疑義があるときは、利用者において確実に、意思の疎通ができる方法にて、相手方に確認してください。

上記に同意します。 氏名(署名)

○派遣希望日の **3日前**までに(緊急の場合を除く。)、**しょうがい福祉課へ**提出してください。

○緊急に通訳を依頼した場合でも、後日この申込書を提出してください。

※この欄は記入しないでください。

受付・処理欄 (事前申込・緊急)			
遠隔通訳者氏名		依頼日	年 月 日
備 考			