

盲ろう者向け通訳・介助員派遣申込書 保育・教育

社会福祉法人京都聴覚言語障害者福祉協会
 地域福祉統括事業部 意思疎通支援部 派遣事業課
 〒604-8437 京都市中京区西ノ京東中合町2

FAX：075-841-8312

メール：chiiki@kyoto-chogen.or.jp (平日9:00~17:00)

TEL：075-841-8337 (平日9:00~17:00)

*FAXは24時間受信可能ですが、17:00以降は翌日9:00~の受付となります(土・日・祝休み)

*緊急時以外の派遣のご依頼は、できるだけお早めをお願いいたします。

		申込日	年	月	日
学校(園)名		担当者：			
連絡先		TEL：	FAX：		
依 頼 内 容	実施日	年 月 日 ()			
	時 間	午前・午後	時	分	～ 午前・午後 時 分
	場 所				
	盲ろう通訳介助の 必要な方	<input type="checkbox"/> 別紙地区あり <input type="checkbox"/> 参加確認未 <input type="checkbox"/> 参加確認済			
	コミュニケーション 方法	<input type="checkbox"/> 弱視手話 <input type="checkbox"/> 手書き文字	<input type="checkbox"/> 触手話 <input type="checkbox"/> 音声通訳(リスピーク)		
	生徒さんの クラス				
	待合せ場所	(担当者)			
	待合せ時間	午前・午後	時	分	
	行事名 (時 間)	(参観の科目・懇談などの内容・タイムスケジュール等、予定を下記にご記入ください)			
	資料など	*内容のわかるチラシ・実施要綱・プログラムなどの資料がありましたら同送願います。 メールの場合は、上記メールアドレスへお送りください。 ※件名欄に、実施日と学校(園)名をご入力願います。 <input type="checkbox"/> 別紙()枚をFAXします <input type="checkbox"/> 別途郵送します()月()日頃 <input type="checkbox"/> 資料がそろい次第(FAX・郵送・メール)します()月()日頃 <input type="checkbox"/> その他()			
その他 希望など					

手話通訳依頼のFAXが届きましたら、申し込み受取書を返信いたします。
 2~3日しても返信がない場合はお問い合わせください。

改定 2022年12月1日