

送信先

F A X : 097-556-0556またはE-mail : info@toyonokuni.jp

社会福祉法人大分県聴覚障害者協会 遠隔手話通訳担当 行

※下記の下線部を記入のうえ、上記送信先に提出ください（送信票は不要です）。
提出いただいた後に、改めて承認書を発行いたします。

タブレット端末借受申込書

令和 年__月__日

社会福祉法人 大分県聴覚障害者協会
理事長 殿

申請者 住所：_____

氏名：_____

(※自筆または押印)

遠隔手話通訳サービスを利用するため、下記のとおりタブレット端末の借受について、
申請をします。

記

①利用(通訳)年月日：令和 年__月__日 (____)

②利用(通訳)時間：__時__分 ～ __時__分頃まで

③利用(通訳)場所：(名称) _____

(住所) _____

④受取希望日：令和 年__月__日 (____)

⑤受取希望場所：大分県聴覚障害者センター
その他

(_____)

※原則として利用開始日以前にご希望場所で、受領できるよう手配します。

※ご希望に添えない場合は、別途で連絡をさせていただきます。

その他、利用に際しての要望事項等ありましたら、記入ください。
