

① 手話通訳依頼（聴覚障がい者→消防局）

FAX : 9 9 7 - 4 1 1 9

※太枠内をご記入下さい。

名 前

住 所

アパート名
部屋番号

F A X

048 -

日にち

月 日 (

曜日)

時 間

午前・午後

時

分

場 所

内 容	_____

会う場所

② 手話通訳者が決まりました。

(消防局→聴覚障がい者)

手話通訳者名 :
