FAX 03－6303－7171　　30　年　4 月　1 日

大田区手話通訳者派遣依頼書

名前	大田　太郎	FAX	3＊＊＊ー1234
住所	大田区蒲田1－＊－＊		

希望日（いつ）	30 年　4　月　10　日　（　金　曜日）	
時　間	(午前)午後　9 時 00 分から	(午前)午後（予定）　時　分まで
派遣場所（どこ） 例〇〇病院内科受付前など	名称	大森赤十字病院
	住所	大田区中央
	電話	3＊＊＊－＊＊＊＊
	待合せ場所	1階受付前
	待合せ時間	8　時 45　分
内　容	(診察)　検査　就職面接　相談　話し合い　保護者会 個人面談　講演　その他（　）	
希　望		
連絡事項 その他		

送付先：大田区立障がい者総合サポートセンター　手話通訳派遣担当

FAX 03－6303－7171

E-MAIL ota@tokyo-shuwacenter.or.jp