①　手話通訳依頼（聴覚障がい者→消防局）

FAX　：**９９７－４１１９**

※太枠内をご記入下さい。

名　前

住　所
アパート名
部屋番号

ＦＡＸ　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：