

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 : _____