



(FAX) 076 - 261 - 3021

遠隔手話通訳サービス利用申請書

こちらは、市町福祉課から石川県聴覚障害者センターへ申請いただくフォームです。

申請日 年 月 日

申請者

担当者氏名

住所 〒

電話番号 ( ) -

FAX番号 ( ) -

ご利用月日	年 月 日 ( )
ご利用時間	~
ご利用場所	(所在地) (電話番号)
対象者氏名	(ご住所 市・町)
用件 通訳内容	
通信端末 (タブレット・スマホ) について  わかる範囲で ご記入ください	<p>対象者ご本人 通信端末 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  J-Talkアプリインストール <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未  ※アプリ利用者IDを当協会で管理しています。</p> <p>在住地行政 通信端末 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  J-Talkアプリインストール <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未</p> <p>当協会からのタブレット端末の貸出 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 不要</p>
備考	※連絡事項があればご記入ください。

通訳依頼の申込・お問い合わせは…

社会福祉法人 石川県聴覚障害者協会

金沢市本多町3-1-10 石川県社会福祉会館内

電話 076 - 264 - 8615 FAX 076 - 261 - 3021