

石川県遠隔手話通訳サービス利用者ID申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 石川県聴覚障害者協会理事長 殿

(医療法人等名)

医療機関開設者 (代表者)

石川県遠隔手話通訳サービスの利用者IDを申請します。

記

医療機関名			
所在地名	〒		
電話番号		FAX番号	
利用通信端末の種類	スマートフォン ・ タブレット		
通信環境の状況	院内Wi-Fi ・ モバイルWi-Fi ・ 無		
担当者氏名	所属		
	役職・氏名		
	メールアドレス		

※記入いただいた氏名・メールアドレス等の情報は、石川県が行う「遠隔手話通訳サービス」に係る業務以外の目的には利用いたしません。また第三者への提供・開示もいたしません。

※遠隔手話通訳アプリの対応機種は下記のとおりです。パソコンは対応していません。

iPhoneの場合 対応機種:iPhone5以降、iPad第4世代以降、iPad mini2以降 (対応OS:iOS8.3以降)

Androidの場合 対応端末:Android4.4以降 (対応OS:Android4.4以降)

※別紙【遠隔手話通訳アプリインストールマニュアル】の手順に沿って、アプリをインストールしてください。インストールが完了しましたら、通信テストを行いますので下記まで連絡願います。

〈遠隔手話通訳サービス事業受託者〉

社会福祉法人石川県聴覚障害者協会 (石川県聴覚障害者センター)

(送付先)

〒920-0964 石川県金沢市本多町3丁目1-10

TEL 076 (264) 8615 FAX 076 (261) 3021

E-mail remote@deaf-ishikawa.or.jp