

遠隔手話通訳依頼FAX送信票

(送り先：聴覚障がい者情報支援センター023-666-7616)

《送信者》

住所：〒

氏名：

FAX： 電話番号：

①遠隔手話通訳に使用するスマートフォン・タブレット端末

自分のスマートフォンまたはタブレット端末を利用する。

聴覚障がい者情報支援センターのタブレット端末を利用する。

②内容を選んでください

医療機関を受診 → (③に進む)

センターに相談 → (内容：)

その他 → (内容：)

③熱や咳の症状があれば書いてください。

熱(°C) 咳がでる のどが痛い 息苦しい



その他

()

④かかりつけ医があれば書いてください。

かかりつけ医 (いつも通っているお医者さん)

医院名：

FAX： 電話番号：