

遠隔手話通訳依頼 F A X 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： _____

F A X： _____ 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： _____

F A X： _____ 電話番号： _____