令和５年10月１日現在

（遠隔手話通訳用申請書）

意思疎通支援者派遣申請書

令和　　年　　月　　日

大阪府知事　様

申請者名

住 所

ＦＡＸ番号

次のとおり意思疎通支援者の派遣を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣日時 | **※診察予約の日時**令和　　　年　　　月　　　日（　　）　　時　　分　から終了まで |
| 通訳場所（受診先の　　病院名） | 病院名 |  |
| 住　所 |  |
| 連絡先 | 電話：　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ： |
| 通訳内容 | 新型コロナウイルス感染症関連の受診に伴う遠隔手話通訳サービス |
| 備　　考 | **※下記２点、記入漏れの無いようご注意ください。**1. **現在の症状等**※当てはまるものに〇をつけてください。

（　　）ＰＣＲ検査などを受けたい（　　）検査キットで陽性と出た（　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　1. **タブレットの受け取り先** 遠隔通訳用のタブレットを送ります。どこで受け取りますか？

　　（　自宅　・　病院　）※どちらかに〇をつけてください。 |