

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 _____

F A X 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 : _____ F A X : _____
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○をつけてください。 () P C R 検査などを受けたい () 検査キットで陽性と出た () その他 () ② 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○をつけてください。	