

盲ろう者通訳・介助員派遣事業  
**利用登録申請書**

平成 年 月 日

一般社団法人 北海道身体障害者福祉協会 会長 様

ふりがな	-----		性別	生年月日・年齢	
氏名			男・女	年	月 日 歳
住所	〒				
電話			F A X		
障害等級	視覚障害	級	総合	級	
	聴覚障害	級			
コミュニケーション手段（該当するものに○をつけてください）					
話しを聞くとき			話をするとき		
	手段	摘要		手段	摘要
	手書き	ひらがな		手書き	ひらがな
		カタカナ			カタカナ
		漢字混じり			漢字混じり
	筆談			筆談	
	手話	見る		手話	見る
		触れる			触れる
	ブリストタ			ブリストタ	
	音声			音声	
	指点字			指点字	
	指文字			指文字	
	その他			その他	
使用する文字	読むとき	点字・墨字	書くとき	点字・墨字	
通訳・介助の際、注意すべき事項					

※身体障害者手帳の写しを添付してください。

※内容に変更がある場合は、変更事項を記入の上、改めて提出して下さい。