

別記第1号様式（第4条関係）

盲ろう者通訳・介助員派遣事業

利用登録申請書

年 月 日

一般社団法人 北海道身体障害者福祉協会 様

(FAX : 011-251-0858)

ふりがな			性別	生年月日・年齢	
氏名	印		男・女	年	月 日 歳
住所	〒				
電話			FAX		
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方法（該当するものに○をつけて下さい）					
話を聞く時			話をする時		
	方法	摘要		方法	摘要
	手書き	ひらがな カタカナ 漢字混じり		手書き	ひらがな カタカナ 漢字混じり
	筆談			筆談	
	手話	見る・触れる		手話	
	ブリスト			ブリスト	
	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	読む時	点字・墨字		書く時	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下さい。

※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。