

別記第 1 号様式

盲ろう者通訳・介助員派遣事業
利用者登録申請書

年 月 日

様

ふりがな				生年月日・年齢		
氏名				年 月 日 歳		
住所	〒 函館市 町 丁目 番 号					
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 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	
	ブリストア				ブリストア	
	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、改めて提出してください。