

# 利用登録申込書

社会福祉法人 鹿児島県身体障害者福祉協会 様

私は盲ろう者通訳・介助員派遣事業を利用したいので申し込みます。

ふりがな			性別	生年月日(年齢)	
氏名	印	男・女	明・大・昭・平		
			年 月 日生		
住所	〒 ( )				
電話			FAX		
緊急連絡先					
メールアドレス					
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(該当に○を付けてください)					
話を聞く時			話をするとき		
手書き文	ひらがな・カタカナ・漢字混じり ・自分の指を持ってもらう		手書き文	ひらがな・カタカナ・漢字混じり	
筆談	要約筆記 ・ ノートテイク		筆談		
パソコン			パソコン		
手話	触手話 ・ 接近手話		手話		
ブリスト			ブリスト		
音声			音声		
指文字			指文字		
指文字			指文字		
その他			その他		
通常の使用文字	読む	点字 ・ 墨字		書く	点字 ・ 墨字
通訳・介助の際に注意すること					
					受付番号