

(様式第1号)

大阪府盲ろう者通訳・介助者派遣事業  
利用者登録書

写真

年 月 日

大阪府知事 様

次のとおり、通訳・介助者の派遣利用の登録を希望します。

ふりがな 氏名	Ⓜ	性別	男 ・ 女
生年月日		最寄駅	線 駅
住所	〒 ー		
電話		F A X	
メールアドレス			
障がい程度	身体障害者手帳番号 市 区 第 号 種 級		
コミュニケーション方法	聞くとき ・手書き文字 ひらがな カタカナ 漢字混じり 数字 ・筆談 ・手話（見る・触れる） ・ブリスト ・音声 ・指点字 ・指文字 ・その他（ ）	話すとき ・手書き文字 ひらがな カタカナ 漢字混じり 数字 ・筆談 ・手話（見る・触れる） ・ブリスト ・音声 ・指点字 ・指文字 ・その他（ ）	
使用文字	読むとき ・点字 ・墨字 ・拡大文字	書くとき ・点字 ・墨字	
備考	(通訳・介助の際に注意すること等)		

※ 上記内容に変更が生じた場合は、速やかにご連絡ください。

※ 提出時には、身体障害者手帳の写しを添付してください。