

宇多津町

## 手話通訳派遣報告書

対象者		
実施日	年 月 日 ( 曜日)	
時間	拘束 時 分 ~ 時 分	
	実働 時 分 ~ 時 分	
場所		
交通手段 運賃	バス( × ) 電車( × ) JR( × ) 自家用車(往復 km) 自転車 徒歩 合計 円	
通訳内容	(例:病院通訳・学級参観・講演会など)	
通訳過程	<ul style="list-style-type: none"> <li>・打ち合わせ内容状況</li> <li>・現場の対応状況</li> <li>・疑問点等を記入して下さい</li> </ul>	
引継ぎ事項		
謝礼	無 ・ 有 ( 円)	
通訳者名	印	電話番号

通訳終了後、2週間以内に下記まで提出してください。

送付先

〒761-8074 高松市太田上町405-1  
香川県聴覚障害者福祉センター  
TEL(087)868-9200 FAX(087)868-9201

施設長	主任	担当者