

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(×) 自家用車(往復	電車(×) km) 自転車	JR(×) 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"> ・打ち合わせ内容状況 ・現場の対応状況 ・疑問点等を記入して下さい 		
引継ぎ事項			
謝礼			
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下さい。

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