

**※平　日　午前９時～午後５時**

**※土日祝は対応していません**

**J-TALK遠隔手話通訳**

**テスト通信申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| お名前 | | 様 | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | | 〒　　- | | | | | | | | | | | |
| メール | |  | | | | | | | | | | | |
| ＦＡＸ | | ０４５　－　　　　　　－ | | | | | | | | | | | |
| **テスト希望日時** | | | | | | | | | | | | | **ラポール**  **記入欄** |
| **第１** |  | | **月** |  | **日** |  | **曜日** | **午前／午後** |  | **時** |  | **分** |  |
| **第２** |  | | **月** |  | **日** |  | **曜日** | **午前／午後** |  | **時** |  | **分** |  |
| **第３** |  | | **月** |  | **日** |  | **曜日** | **午前／午後** |  | **時** |  | **分** |  |

※聴覚障害者情報提供施設**045-475-2059**へＦＡＸしてください。

メールでも構いません。

＜切り取り線＞

|  |  |
| --- | --- |
| あなたのＩＤとパスワードです | |
| ＩＤ |  |
| パスワード |  |
| 大切に保管してください | |



　電話　０４５－４７５－２０５８

　ＦＡＸ　０４５－４７５－２０５９

メール rapport.tsuyaku@yokohama-rf.jp

申込・問合せ先

横浜ラポール聴覚障害者情報提供施設

こちらのQRコードを

読み取るとメール

アドレスが出てきます

