

[FAXの近くに保管しておいてください] [個人の秘密は守られますので、ご安心ください]

秘『通信リレーサービス』 ファクス紙

山口県聴覚障害者情報センター
FAX 083-985-0613

い らい しゃ 依 頼 者 (あなたの名前等)	ふりがな (男・女) FAX ()
あい て さき 相 手 先 (名前等)	
でん わ ばん ごう 電 話 番 号 また は しよ ざい ち 所 在 地	TEL () 県 郡 市・町・村 ※分からないときは記入不要
でん ごん ない よう 伝 言 内 容	きんきゅう ようけんらん がいとう ばんごう しるし 緊急の用件欄 (該当の番号に○印を) 1 休暇の連絡 2 遅刻の連絡 (時間ぐらい) 3 タクシーの配車 (大型・小型)

※以下は記入不要

受診日時	令和	年	月	日	午前・午後	時	分
伝言日時	令和	年	月	日	午前・午後	時	分
対応者名			担当者名				
メモ欄							