〔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〕

『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

|  |  |
| --- | --- |
| （あなたの名前等） | ふりがな  （男・女）  ＦＡＸ　　　　　（　　　　　） |
| （名前等） |  |
| は | ＴＥＬ　　　　　（　　　　　）  　　　　　県　　　　郡　　　　市・町・村  ※分からないときは記入不要 |
|  | の（のに○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 |  | | |