



State of Hawaii
Office of Language Access

撤回同意書

連絡先情報

名	姓	ミドルイニシャル	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
住所	市	州	郵便番号
<input type="text"/>			
電話番号	メールアドレス		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

苦情の内容

苦情提出日 :

苦情の種類 :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 通訳が提供されなかった | <input type="checkbox"/> 翻訳が劣悪だった |
| <input type="checkbox"/> 翻訳資料が提供されなかった | <input type="checkbox"/> 言語サポートが時間外れだった |
| <input type="checkbox"/> 通訳が能力に欠けていた | <input type="checkbox"/> その他 : _____ |

陳述 :

私は、_____ (州
政府機関または組織の名前) に対する苦情申し立てをここに撤回します。

この撤回は私個人の自由意志による自発的なもので、誰からの強要や脅迫も受けていません。

署名

日付

本紙の提出先 :

Office of Language Access
1250 Punchbowl Street, Room 201
Honolulu, Hawaii 96813

相談または質問 :

E-mail: doh.ola@doh.hawaii.gov
電話 : (808) 586-8730
Neighbor Islands: 1 (866) 365-5955