

理事長

様

手話通訳者・要約筆記者派遣申請書

申請団体名 (代表者名)	フリガナ		
住所	〒 ー		
連絡先	FAX ( )	TEL ( )	
担当者			
必要とする派遣	手話通訳・要約筆記 [PC・OHC・ノートテイク(手書き・PC)] (必要なものに○をつけてください。)		
派遣年月日	令和 年 月 日 ( )	通訳時間	時 分 ~ 時 分
派遣場所 (住所)		打合せ時間	時 分
		集合場所	
内容			
その他 (要望など)			
備考			

※この申請書に記入されている個人情報、手話通訳者・要約筆記者派遣事業以外の目的には利用しません。

以下は記入しないでください

受付日時	令和 年 月 日 ( 曜日 ) 時 分
受付方法	FAX ・ 電話 ・ 郵送 ・ 来館 ・ その他 ( )

社会福祉法人山口県聴覚障害者福祉協会  
 派遣コーディネーター  
 FAX 083-985-0613  
 TEL 083-985-0611