

社会福祉法人山口県聴覚障害者福祉協会理事長 様

申請者:

担当者:

山口県手話通訳者・要約筆記者派遣申請書(団体用)

必要とする通訳方法	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。)		
申請団体連絡先	FAX	TEL	
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	
通訳内容 (大会、会議等 の名称や通訳 が必要な理由 を具体的にご 記入下さい)			
備 考			

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

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	
連 絡 先	TEL 083-985-0611 FAX 083-985-0613