

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：

山口県手話通訳者・要約筆記者調整申請書(市町用)

必要とする調整	広 域 複 数 幹 旋		
	その他 ()		
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。)		
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 記入下さい)			
備 考			

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

市町担当者所属・氏名			
連 絡 先	TEL	FAX	