

社会福祉法人 山口県聴覚障害者福祉協会

理 事 長 島 田 令 子 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))(必要なものをつけてください。) | | |
| 申請団体連絡先 | FAX | TEL | |
| 派遣年月日 | 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。

| | |
|------------------------------|--|
| 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 |