

社会福祉法人山口県聴覚障害者福祉協会

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	〒 -		
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	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下さい

受付日時	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