

手話通訳者派遣申込書

年 月 日

御前崎市長 様

申 込 者	住 所			
	氏 名	性別 男 女 年齢 歳		
	電話・FAX 番号	TEL	FAX	
	身体障害者手帳	県第	号	() 級
用 件				
派 遣 日 時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで			
通 訳 場 所				
待 ち 合 わ せ 場 所		待ち合わせ時間	午前 午後	時 分
聴 覚 障 害 者 人 数				
あらかじめ通訳者に 知らせておく内容				
※ 通 訳 者				

※印欄は、記入しないこと。

(注)1 申込みは、原則として **1 週間前**までに提出お願いします。なお、依頼の概要、参考資料等があれば添付してください。

2 **地区行事、学校、その他団体活動等**への参加の際は、**内容の分かる資料**を添付してください。