

手話通訳者等派遣申請書

三春町長 様

申請日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

1 申請者 (利用者)

氏名			
住所	三春町		
依頼内容	<input type="checkbox"/> 手話通訳者 (手話奉仕員) <input type="checkbox"/> 要約筆記者		
連絡先	F A X		電話
	メール	<input type="checkbox"/> 携帯 (スマホ) <input type="checkbox"/> パソコン	

※当日の待合せがスムーズに行われるよう連絡先情報を手話通訳者へも伝えます。

2 手話通訳の内容

派遣年月日	年 月 日 (曜日)	派遣時間	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分から <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分まで
派遣場所	※名称・所在地など具体的に また地図等があれば添付してください。		
派遣内容	※内容を具体的に 依頼の概要がわかる開催通知や式次第などの参考資料があれば添付してください		
待合せ	時 間	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分	
	場 所		
その他連絡事項			