

手話通訳者派遣申請書

年 月 日

大和高田市社会福祉事務所長 殿

申請者 住 所

氏 名

(団体の場合、団体名及び代表者名)

F A X 番号

電話番号

次のとおり手話通訳者等の派遣を申請します。

日 時	年 月 日 (午前・午後) 時 分～ (午前・午後) 時 分
場 所	
内 容	
待ち合わせ時刻	(午前・午後) 時 分
待ち合わせ場所	
備 考	

※ 大会、会議等への派遣申請の場合は、資料があれば添付してください。