

手 話 通 訳 者 派 遣 申 込 書

年 月 日

長泉町長 様

申込者 住 所
氏 名
電話番号
FAX番号

長泉町手話通訳者派遣事業実施要綱第9条第1項の規定により、次のとおり手話通訳者の派遣を申し込みます。

派 遣 日	年 月 日 (曜日)
派 遣 予 定 時 間	時 分 から 時 分 まで
派 遣 場 所	駐 車 場 (有 ・ 無) (該当するところに○印をつける)
通 訳 内 容	
待 ち 合 わ せ 場 所	
待 ち 合 わ せ 時 間	時 分
聴 覚 障 害 者 人 数	(特に団体で申込みの時は必ず記入して下さい。) 人
備 考 (あらかじめ手話通訳者に知らせておきたいことなど)	