

手話通訳者派遣申請書

年 月 日

社会福祉法人神戸市身体障害者団体連合会 理事長 殿
特定非営利活動法人神戸ろうあ協会 会長 殿

※太枠のところのみご記入ください

氏名	(年齢 才)	
	FAX番号 () ー	
	住所	区
行先	日時	月 日 () 朝・昼・夜 時 分
	場所	(区)
待ち合わせ場所		
用件	びょういん 病院・がっこう 学校・ようちえん 幼稚園・ほいくしよ 保育所・しやくしよ 市役所・くやくしよ 区役所・けいさつ 警察・さいぼんしよ 裁判所 しよくば 職場・ぎょうしゃ 業者・その他()	
備考		

※原則として一週間前にお申込みください。ただし、事情により緊急の場合はお受けします。

↓ 書かないでください、手話通訳者派遣担当が記入します。

【 通 訳 者 決 定 書 】

様

手話通訳の件、下記の通り決まりました。

通訳者

※はんこを必ずご持参ください。

※派遣当日に熱が出たら、連絡してください。

〒650-0016 神戸市中央区橘通3丁目4-1 FAX : (078) 371-3052
市立総合福祉センター2F TEL : (078) 371-3071
特定非営利活動法人神戸ろうあ協会 手話通訳者派遣担当 :