

年 月 日

手話通訳者派遣申込書

東北町長 様

申込者	氏名	(年 月 日生)	
	住所	〒 東北町 電話 () - FAX () - ※代理者が申込む場合の代理の者の氏名・連絡先 ()	
派遣年月日			
派遣予定時間			
通訳の内容			
通訳場所			
待合せ時間		待合せ場所	
聴覚障害者人数			
備考			

- (1) 申込者は、原則として利用希望日の10日前までに提出してください。
 なお、依頼の概要・参考資料等がある場合は、添付してください。

連絡先 : 東北町 福祉課

TEL 0176-56-3111 内線528

FAX 0176-56-3110