

手話通訳者派遣申込書

令和 年 月 日

長 浜 市 長 様

住 所 _____

氏名または団体名 _____

電話（FAX） _____

下記により手話通訳者の派遣を申し込みます。

派遣の 日 時	年 月 日（曜日） 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分（予定）
通訳の 内 容	
派遣の 場 所	
待ち合わ せの時間	午前・午後 時 分 待ち合わ せの場所
備 考	

- 派遣希望日の3日前までに（緊急の場合を除く）しょうがい福祉課へ提出してください。
- 緊急に通訳を依頼した場合でも、後日この申込書を提出してください。

※この欄は記入しないでください。

福祉課受付・処理欄（事前申込 ・ 緊急）			
派遣通訳者氏名		依頼日	令和 年 月 日
備 考			