

滋賀県意思疎通支援者派遣申請書(手話通訳者)

年 月 日

滋賀県立聴覚障害者センター所長 様
 (滋賀県聴覚障害者福祉協会理事長 様)

滋賀県手話通訳者の派遣を申請します。

ふりがな 申請者名 (団体名)			担当者名	
住所	〒 -			
TEL			FAX	
派遣対象行事名				
派遣対象日時	派遣日時 年 月 日 時 分から 時 分まで (待ち合わせ時間 時 分 事前打合 (有・無)) (待ち合わせ場所)			
派遣場所	会場名			
	住所		電話番号	
手話通訳対象者	名(全参加予定者数)		※個人の場合 対象者氏名	
通訳内容				
その他 連絡事項	(要約筆記者派遣の申請 有・無)			
備考				