

滋賀県手話通訳者派遣申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人
 滋賀県聴覚障害者福祉協会
 理事長 藤田 保 様

申請者 住所 〒

団体名



* 下記の通り、手話通訳者の派遣を申請します。

派遣日時	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分		
派遣場所	(会場名) (住所) (TEL)		
催し 行事名		連 絡 先	担当者 TEL FAX
手話通訳 対象者	名 ()		
通訳内容			
待ち合せ	・ 時間 午前 : 午後 :	・ 場所	
予 算	諸条件 通訳料 ・ 有 ・ 無 旅費 ・ 有 ・ 無		
連絡事項			

申し込み先は、滋賀県立聴覚障害者セツタ - FAX077 - 565 - 6101