

# 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	
連絡事項			

※申し込み先は、**滋賀県立聴覚障害者センター FAX077-565-6101**