

様式 第1号

手話通訳者・要約筆記者、手話関係等講師派遣申込書

社会福祉法人宮崎県聴覚障害者協会
理事長 堀田 享志 様

申込日 令和 年 月 日

申込者（団体名）			
住 所	〒		
連 絡 先	TEL	担当者（ ）	
	FAX		
派 遣 内 容			
派 遣 日	令和 年 月 日（ ）～ 令和 年 月 日（ ）		
派 遣 時 間	午前 時 分 ～ 時 分（ 時間 分）		
	午後 時 分 ～ 時 分（ 時間 分）		
内 容			
派 遣 場 所			
待ち合わせ時間	午前 時 分	待ち合わせ場所	
	午後 時 分		
派 遣 希 望 者	ア 手話通訳者 イ 要約筆記者（ パソコン・OHC・ノートテイク ） ウ 講師		
参 考 資 料	ア あり イ なし		
備 考			

※ この情報は、当協会の事業目的以外で使用することはありません。

〒880-0051

宮崎市江平西2丁目1番20号
社会福祉法人宮崎県聴覚障害者協会
手話通訳者・要約筆記者、講師派遣専用
受付時間 9:00～17:45

TEL 0985-38-8733 FAX 0985-29-2279
TEL 0985-35-5080 FAX 0985-35-5081
休館日 祝祭日・年末年始（29日～3日）