

様式第4号

手話通訳者・要約筆記者派遣申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人宮崎県聴覚障害者協会  
理事長 堀田 享志 様

申込者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(FAX・TEL \_\_\_\_\_)

次により、手話通訳者・要約筆記者を派遣されるよう申請します。

派遣の内容

派遣日	派遣時間	派遣場所	目的	方法
令和 年 月 日 ( )	時 分 ～ 時 分			手話通訳 要約筆記
令和 年 月 日 ( )	時 分 ～ 時 分			手話通訳 要約筆記
令和 年 月 日 ( )	時 分 ～ 時 分			手話通訳 要約筆記
令和 年 月 日 ( )	時 分 ～ 時 分			手話通訳 要約筆記
連絡事項				

派遣コーナー専用

FAX 0985-35-5081

TEL 0985-35-5080