

様式1号

手話通訳者等及び要約筆記者派遣事業利用登録申請書

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 殿

申請者住所

氏名 印

手話通訳者等及び要約筆記者派遣事業利用登録を、次のとおり申請します。

利 用 者	住 所	〒		
		FAX・TEL ー		
	ふりがな 氏 名		生年 月日	年 月 日
障 害 名				身体障害者手帳等級
				級
派 遣 を 希 望 す る 理 由	(主に利用される内容に○をお願いします) () 病院・保健 () 学校・教育 () 仕事・労働 () その他			

* 申請の際には、必ず身体障害者手帳をご持参または添付してください。

様式1号その2

世帯員の状況	氏名	続柄	生年月日	性別	職業	連絡先 (電話)
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			

(自宅周辺の略図・地図のコピー可)

緊急連絡先 氏名	続柄	連絡先
----------	----	-----