

## 手話通訳者派遣申込書

公益社団法人岡山県聴覚障害者福祉協会 様

申請日 年 月 日( 曜日)

申込者	氏名等			
	住所	〒 電話 FAX 代理人が申し込む場合の代理人の氏名・連絡先 ( )		
派遣年月日	年 月 日( 曜日)			
派遣予定時間	時 分 ~ 時 分			
通訳の内容				
通訳場所				
待ち合わせ時間	時 分	待ち合わせ場所		
聴覚障害者人数 (見込)	人			
事前に 知らせておく内容				
備考				

申込書は原則として事前に提出してください。なお、依頼の概要、参考資料等があれば添付してください。

団体行事等について申し込む場合には、できるだけ、通訳配置図・資料を添付してください。

(連絡先) 〒700-0807 岡山市北区南方2-13-1 きらめきプラザ 4階

公益社団法人岡山県聴覚障害者福祉協会

TEL 086-224-2275 FAX 086-224-2270