

## 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 宛

申請日 平成30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 ( )
派遣日	平成30年 月 日( ) 時 分 ~ 時 分				
待ち合わせ時間	時 分	待ち合わせ場所(具体的にご記入ください)		待ち合わせる人のお名前	
通訳場所					
通訳の内容					
聴覚障害者人数 (見込)		関係資料	<input type="checkbox"/> 特になし _____日迄に <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail		
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