

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 令和 年 月 日(曜日)

申込者	団体名・ご担当者				
	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	令和 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)	人	見積書の有無	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	関係資料	<input type="checkbox"/> 特になし ___月___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	※ 請求書のあて名や送付先が申込者と異なる場合にはその旨をご記入ください。				

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
 メールアドレス okatyo06_1@kirameki-plz.com