

(手話通訳者・手話奉仕員・要約筆記者・要約筆記奉仕員)

申請日 年 月 日

依頼者・団体	名 前		連絡先	TEL
				FAX
	住 所	〒 中津川市		
		*（代理人が申し込む場合は記入してください） 中津川市		
		TEL () -	FAX () -	
派遣年月日		年 月 日 (曜日)		
派遣予定時間		時 分 ~ 時 分		
派遣場所				
待合せ場所		(時 分ごろ)		
参加人数等		全体 人 (内、聴覚障害者 人)		
派遣内容		(スケジュールなど具体的に)		
要約筆記方法		OHP ノートテイク その他 ()		
その他		(派遣を希望する人がある場合は記入してください。)		

- (1) この申込書は、原則として事前に提出すること。なお、依頼の概要、参考資料等があれば添付してください。
- (2) 病気、事故等により急を要するため、直接通訳を行う者に派遣を依頼し、事前に申し出をすることが不可能な場合には、この申込書を事後速やかに提出すること。

(送り先) 〒508-8501
中津川市かやの木町2番1号
中津川市医療福祉部社会福祉課
TEL 0573-66-1111 FAX 0573-62-0058