

様式第1号（第8条関係）

手話通訳者派遣申請書

年 月 日

東浦町長 様

申請者 住所

氏名

下記のとおり 手話通訳者の派遣を申請します。

派遣希望日時	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
派遣内容	※ 具体的に
派遣場所	※名称、所在地など具体的に
待合せ場所・時間	
備考	

手話通訳者用 記入欄 <u>受ける場合は 全項目を記入</u>	依頼を <input type="checkbox"/> 受けます・ <input type="checkbox"/> 受けません (回答締切 月 日)		
	氏名		
	住所	〒 .....	
	FAX		TEL

◇ 申請書送付先 ◇ 一般社団法人愛知県聴覚障害者協会（あいち聴覚障害者センター）  
〒460-0001 名古屋市中区三の丸1-7-2 桜華会館1階

◇FAX 052-221-8663 ◇TEL 052-228-6660