

手 話 通 訳 者 派 遣 申 請 書

令和 年 月 日

宇都宮市長 様

手話通訳者の派遣を、依頼いたしますのでよろしくお願いいたします。

1	申 請 者	氏 名 (歳) 住 所 電話・FAX 番号
2	派 遣 対 象 の 聴覚障がい者等	(申請者と同じ場合は、記載不要。)
3	派 遣 先	場 所 (住 所)
4	通 訳 日 時	令和 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分 まで
5	待ち合わせ場所	
6	待ち合わせ時間	午前・午後 時 分
7	通 訳 内 容	
8	連 絡 事 項	

※ 派遣希望日の原則7日前(土・日・祝日・年末年始を除く)までに依頼してください。

【送り先】

社会福祉法人 宇都宮市障害者福祉会連合会
(FAX 028-636-1219)