

(別紙3) 手話通訳者派遣申込書

一般社団法人 佐賀県聴覚障害者協会 様

令和 年 月 日

団 体 名				
代表者氏名	(担当者 /)			
住 所	〒			
電 話 番 号	TEL		FAX	
派 遣 日 時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			
派 遣 場 所	名 称			
	住 所			
	電話番号			
通 訳 内 容	(用件を記入ください。内容が分かる資料があれば添付してください)			
連 絡 方 法 その他	●電話・FAX希望時間 ●各種資料・話しての原稿等提供 (あり ・ なし) ●資料等の種類 (事業内容・信仰台本・挨拶原稿・その他) ●提供方法 (事前持込/郵送/E-mail) ●司会・講師との打合せ (あり ・ なし) ●その他			

※窓口担当記入欄

派遣通訳者名				
資料送付方法	TEL・FAX / 0952-20-0540 派遣窓口アドレス…sagahaken@gmail.com			
備 考				

※派遣窓口…毎週土・日・月曜日休館 10時～16時30分 担) 辻田 ☎

|