

(様式第3号)

決	所長				
裁					

手話通訳者派遣申込書

年 月 日

和歌山県聴覚障害者情報センター 御中

(ふりがな)
申込者氏名

男：女（ ）歳

住所（連絡先）

FAX（ ）

電話（ ）

次のとおり手話通訳者の派遣を申し込みます。

派遣 希望日	年 月 日（ ）曜日
	上記の日は・・・変えられない：変えてもよい
派遣 希望時間	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分
	上記の日は・・・変えられない：変えてもよい
派遣 希望場所	場所名（ ）
	地図
備考	

