

手話奉仕員派遣申込書

平成 年 月 日

平群町社会福祉協議会会長 殿

下記のとおり、手話通訳者の派遣を申し込みます。(※太枠内のみ記入してください)

申請者	氏名又は 機 関 名	(担当:)	電 話	0745 ()
			F A X	0745 ()
	住 所	平群町		

派遣希望日時	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分				
派遣場所	会 場 名				
	住 所				
内 容	催し・会合名				
	主 催 者				
奉仕員との 待ち合わせ	時 間	午前・午後 時 分			
	場 所	原則として活動場所とする			
注 意 事 項					
必要派遣人数	人	派遣奉仕員			
特 記 事 項				受 付	月 日
				備 考	