

通訳者等の方を早めに確保するため、なるべく1週間位前に申し込みしてください。

令和 年 月 日

甲斐市役所 障がい者支援課 行

FAX : 055-276-2113

住 所 甲斐市

【申込者】 氏 名

F A X

電話番号

携帯電話

メールアドレス(PC・携帯)

手話通訳・要約筆記者(奉仕員) 派遣申込書

次のとおり手話通訳者等の派遣を申し込みします。

派 遣 区 分	<input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記	
通訳が必要な日	令和 年 月 日 ()	
通訳が必要な時間	午前・後 時 分から 午前・後 時 分まで (約 時間)	
通訳が必要な場所	住所	
	名称	
通訳が必要な内容	(具体的に)	
手話通訳者等の 必 要 人 数	人	
待ち合わせ時間	午前・後 時 分	
待ち合わせ場所		
備 考		

ファックスによる申し込み以外にも、電話・メールでの申し込みもできます。
TEL : 055-267-7287 メールアドレス : kai-shuwa@i.softbank.jp