

手話通訳者派遣申請書

社会福祉法人
足立区社会福祉協議会会長あて

申請日	年 月 日
氏 名	
住 所	足立区
F A X	
身障手帳	種 級

下記により、手話通訳者の派遣を申請します。

日 時	年 月 日 ()			
	午 前 ・ 午 後	時 分	~	午 前 ・ 午 後
場 所				
待ち合わせ場所		待ち合わせ時間	時 分	
内 容				

センター記入欄（※この欄は記入しないでください）

1 申請内容が適当であり、下記により派遣する				
2 派遣要件外				
3 その他 ()				
決 裁				通 訳 者
部 長	課 長	担 当	受 付	
				年 月 日