

手話通訳者派遣申請書

令和 年 月 日

岡崎市社会福祉協議会長

申請者（ふりがな）

氏 名

T E L

F A X

携帯番号

携帯アドレス

〒

住 所

生年月日 年 月 日 男・女

次のとおり手話通訳者等の派遣を受けたいので申請します。

申請者	聴覚障がい者 (1) (手帳所持者)	(2) (1)に準ずる障がい者	(3) 市及び福祉関係団体が開催する大会及び会議等
希望日時	令和 年 月 日 ()		
	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分		
派遣場所	T E L F A X		
待ち合わせ 場所 時間	場所		
	午前・午後 時 分		
内 容 (どのような 内容か具体的 に記入)			
希望通訳者等 氏 名			
(事務処理欄)			

連絡先 岡崎市社会福祉協議会・障がい係 T E L 0 5 6 4－4 7－8 7 5 0
F A X 0 5 6 4－4 7－8 7 5 3

初めて申請される場合は、身体障がい者手帳を提示してください。