

手話通訳者等派遣申請書

年 月 日

(宛先) 岡崎市長

申請者氏名 (ふりがな)	()		
申請者住所	〒		
TEL		FAX	
e-mail			
派遣対象者			
派遣希望 日 時	年 月 日 ()		
	時 分 ~ 時 分		
派遣場所	施設名		
	所在地	市	町
	TEL :	FAX :	
待ち合わせ 場所・時間	場所 (※通訳者が分かりやすい場所にしてください。)		
	時 分		
派遣内容 (具体的に記入 のこと)			
希望通訳者 等の氏名	※希望通訳者で調整できない場合、他の通訳者になります。		
(事務処理欄)			

(連絡先) FAX:0564-25-7650 TEL:0564-23-6113
E-mail:shogai-shuwa@city.okazaki.lg.jp