

日光市役所社会福祉課障がい福祉係 行

**日光市手話通訳者・要約筆記者派遣申請書**

日光市長 様

依頼は7日前までにファックスしてください。  
 ※緊急(急ぎ)の時はご相談ください。

**FAX番号 0288-21-5105**

**電話番号 0288-21-5174**

申し込んだ日 \_\_\_\_\_

1	申請者氏名(自分の名前)				
2	住 所				
3	連絡先(FAX番号)				
4	手話通訳者等の種類・人数	手話通訳者( )人・要約筆記者( )人			
5	派遣希望年月日				
6	派遣時間	※待合せ時間			
7	派遣場所	待合せ場所			
		待合せ住所			
8	通訳内容 ※カッコの中に○を付けて下さい	医 療 ( )	講 演 会 ( )		
		研 修 会 ( )	各 種 講 習 ( )		
		職 業 ( )	各 種 大 会 ( )		
		公 的 機 関 ( )	家 庭 ( )		
		会 報 ( )	そ の 他 ( )		
		教 育 ( )			
9	備 考				