

手話通訳者・要約筆記通訳者派遣承認申請書

みどり市社会福祉協議会長 様

年 月 日

ふりがな

氏 名 _____ 年齢 _____ 歳

(保護者氏名) _____

団体名及び代表者名 _____

住 所 〒 _____

_____ みどり市

電 話 _____

F A X _____

次のとおり派遣を受けたいので承認してください。

派遣区分	手話通訳者・要約筆記通訳者 (いずれかを○で囲んでください)			
派遣者等	手 話 通 訳 者		要約筆記通訳者	
	派遣希望 手話通訳者名	派遣決定 手話通訳者名	派遣希望要約 筆記通訳者名	派遣決定要約 筆記通訳者名
		※		※
派遣目的 (内容)				
派遣場所				
派遣場所 (所在地・住所)				
待ち合わせの 場所・時間	場所:		時間: 時 分	
派遣期間 及び時間	年 月 日 () ~ 時 分 ~		年 月 日 () 時 分	
備 考				

注1 未成年の方は、保護者氏名も記入してください。

注2 ※欄は記入しないでください。