コミュニケーション支援事業手話通訳者等派遣申請書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人

日野市社会福祉協議会

会長　様

FAX　042-583-9205

申請者氏名

住　　　所　日野市

Ｆ　Ａ　Ｘ

下記により手話通訳者の派遣を申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用日 | 令和　　年　　月　　日（　　） |
| 利用時間 | 午前・午後　　時　　分　～　午前・午後　　時　　分 |
| 待ち合わせ場所 |  |
| 内容 |  |
| 通訳者の希望希望する方に☑してください。 | □ 東京手話通訳等依頼センター□ 日野市登録手話通訳者□ どちらでも良い |