

学校用

手話通訳者派遣申請書

年 月 日

社 会 福 祉 法 人 神 戸 市 身 体 障 害 者 団 体 連 合 会 理 事 長 殿

特 定 非 営 利 活 動 法 人 神 戸 ろ う あ 協 会 会 長 殿

※ 太枠のところのみご記入ください

依頼者	学校名	
	住所	
	TEL&FAX	
	担当者	
対象者	氏名	
	住所	区
	FAX	() —
日時	月 日() 午前・午後	時 分
待ち合わせ場所		
用件		
事務局 記入欄	(受付)	年 月 日 (担当者)
	(通訳者)	

申込先 特定非営利活動法人神戸ろうあ協会 FAX:(078)371-3052
TEL:(078)371-3071

原則として一週間前にお申し込み下さい。

ただし、事情により緊急の場合はお受けします。

※申請していただいた個人情報につきましては、本事業以外に一切使用いたしません。