

# 児玉郡市手話通訳者派遣申込書

年 月 日

(あて先) 本庄市社会福祉協議会会長

申請者 住所  
氏名  
FAX  
TEL

次のとおり手話通訳者の派遣を申し込みます。

派遣日時	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分から午前・午後 時 分まで
派遣場所	[待ち合わせ] 希望場所： 希望時間： 午前・午後 時 分
内 容	生活・医療・教育・職業・協会・その他
資 料	有 ・ 無
その他	

FAX：0495-22-7309 (本庄市社会福祉協議会 派遣担当)

※ 申し込みは午前8時30分から午後5時までをお願いします。

(緊急の場合は除く)