小鹿野町主催の講演会、催物等における手話通訳者等派遣申請書

　　　年　　　月　　　日

小鹿野町長　様

申請者 住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　 　 印

電　話（　　　　　　）　　　　－

ＦＡＸ （　　　　　　）　　　　－

下記のとおり、手話通訳者等の派遣を申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 講演会等  の名称 |  | |
| 派遣希望  日　時 | 年　　　月　　　日　　　曜日 | 午前 ・ 午後　　　時　　　　分から  午前 ・ 午後　　　時　　　　分まで |
| 派遣場所 | 名　称  （所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 派遣区分 | □　手話通訳者  □　要約筆記者  ※該当する項目に☑をしてください。 | |
| 備考 |  | |

※提出方法　小鹿野町保健福祉センター・福祉課に提出又はＦＡＸを送付（0494-75-4710）