

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	<input type="checkbox"/> 手話通訳者 <input type="checkbox"/> 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)