

手話通訳派遣申込書

令和 年 月 日

倉敷市長様

住所 倉敷市 _____
申請者 氏名 _____
FAX _____

次のとおり、手話通訳者派遣を申し込みます。

記

日 時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分
行き先	
待合場所等	(時 分頃)
《用件・内容》 ※ () に○をつけてください ① () 学校 <授業参観・家庭訪問・懇談会・入学式・卒業式など> ② () 病院 <診察・検査・体の具合が悪いなど> ③ () 会社 <面接・会社訪問など> ④ () 警察 <免許更新・交通事故・相談など> ⑤ () 福祉事務所・市役所 <諸手続き・相談など> ⑥ () その他 <講演会・行事・イベント・会議・結婚式など> ※ 具体的な内容 (できるだけ詳しく記入してください)	

※ 送付先 倉敷市障がい福祉課

FAX : 421-2044