

様式第1号（第3条、第4条関係）

手話通訳者派遣申込書兼依頼書

内子町長 様

申請日 年 月 日（ 曜日）

申 込 者	氏 名 (団 体 名)	印		
	住 所	※必ず記入してください。 〒 TEL () FAX () 代理人が申し込む場合の代理人の氏名・連絡先 ()		
派 遣 年 月 日		年 月 日 (曜日)		
派 遣 予 定 時 間		時 分 ～ 時 分		
通 訳 の 内 容				
通 訳 場 所				
待ち合わせ時間		時 分	待ち合わせ場所	
聴覚障害者人数		※団体での申込みの時は必ず記入してください。 人		
事前に知らせておく内容				
備 考				

- (1) 申込書は、原則として事前に提出してください。なお、依頼の概要、参考資料等があれば添付してください。
- (2) 閉庁時で、病気、事故等により急を要するため、通訳者に直接派遣を依頼する場合には、通訳終了後速やかに提出してください。
- (3) 団体行事等について申し込む場合には、できるだけ通訳配置図・資料を添付してください。

年 月 日

愛媛県聴覚障害者協会長 様

内子町長 印

上記内容にて手話通訳者の派遣を依頼します。