

久喜市手話通訳者派遣依頼書

年 月 日

社会福祉法人久喜市社会福祉協議会
会 長 あて

依頼者 氏名 _____

住所 _____

TEL

FAX _____

次のとおり手話通訳者の派遣を依頼します。

派遣日 通訳時間	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 頃まで
	1.医療 2.教育 3.生活 4.職業 5.講演会等 6.会議 7.その他 具体的に：
待合せ時間 場所	時 分
その他	※資料・要項、要領等があれば添付してください。

事務局 記入欄

手話通訳者の派遣について

上記依頼につきまして、決定・却下 いたします。

通訳者氏名	
その他	
却下理由	

社会福祉法人久喜市社会福祉協議会
TEL：0480-23-2526
手話通訳者派遣専用
FAX：0480-22-1177