

令和 年 月 日

香美市福祉事務所 様

〒780-0928

高知県高知市越前町2-4-15

一般社団法人 高知県聴覚障害者協会

TEL 088-822-2794

FAX 088-875-5307

担当

手話通訳者派遣依頼通知書

下記のとおり、手話通訳者の派遣依頼がありましたので、お知らせします。

申込年月日	年 月 日 ()		
住 所			
氏 名		連絡先	FAX
通訳が必要な日 時	年 月 日 () (AM ・ PM : ~ AM ・ PM :) (時間をはっきり書いて下さい)		
通訳場所		待ち合わせ場所 時間	
内 容		通訳者名	
備 考			受付

一般社団法人 高知県聴覚障害者協会 行

上記の手話通訳者派遣について承諾します。

市町村名:

担当者:

所属名:

電話・FAX: