

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	令和〇〇年〇〇月〇〇日(月)		
住 所	香美市土佐山田町〇〇番地		
氏 名	香美 太郎	連絡先	FAX 0887-〇〇-〇〇
通訳が必要な 日 時	令和〇〇年〇〇月〇〇日(金) ( (AM) ・ PM 10:00 ~ (AM) ・ PM 11:30 ) (時間をはっきり書いて下さい)		
通訳場所	香美市役所	待ち合わせ 場所	香美市役所玄関ホール 時間 AM 10:00
内 容	申請手続き、診察など (具体的に記述ください。)	通訳者名	
備 考			

高知県聴覚障害者協会での調整となりますので、空白でかまいません。

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: