

# 手話奉仕員派遣依頼書

派遣希望日時	年 月 日 ( 曜日 ) 時 分 ~ 時 分			
派遣場所  (住所・電話番号 目印になるもの 地図などを書い て下さい。)				
用 件				
摘 要				
ここは記入しないで下さい	受付日	/	受付者名	

上記の通り手話奉仕員の派遣をお願いします。

年 月 日

住所

.....

名前

TEL

FAX

.....

財団法人 熊本県ろう者福祉協会

理事長 福 島 哲 美 様

TEL 096-383-5587 ・ FAX 096-384-5937