

手話通訳者派遣依頼書【団体用】

◎ 原則として2週間前までにお申し込みください。開催予定が前もって分かっている場合は、できるだけ早めをお願いします。

◎ 17:30以降は、翌朝または休館日明け8:30からの対応になります。(休館日 / 日曜・祝日・年末年始)

請求書等の宛名や送付先が異なる場合は 備考欄にご記入ください。		申 込 日	年	月	日
団体・法人名 または 代表者氏名	印				
住 所	〒				
連 絡 先	電 話 ()	—			
	F A X ()	—			
担 当 者 名					
派 遣 日 時 (準備・待機時間を含む)	年		月		日 (曜 日)
	時		分 ～		時
派 遣 先 ○ 名称・会場名 ○ 住所・電話番号 待ち合わせ	※ 分かりにくい場所は、目印になるものや地図などを記入、または添付してください。				
用 件 ・ 内 容	※ 参考資料（日程や原稿等）がありましたら、添付または別途ご送付ください。				
必 要 書 類	<input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> その他()				
手話通訳料	<input type="checkbox"/> 後日振込 <input type="checkbox"/> 当日手渡し <input type="checkbox"/> その他()				
備 考					

※ ご記入いただいた情報は、当派遣事業の目的外で使用することはありません。

【宛先】 〒862-0950 熊本市中央区水前寺6丁目9番4号 熊本聴覚障害者総合福祉センター
一般財団法人 熊本県ろう者福祉協会 理事長 福島 哲美

電話 (096) 383-5587 **FAX (096) 384-5937**

E-mail kshk@muse.ocn.ne.jp

受 付 日	派 遣 担 当 者
-------	-----------