

手話通訳者派遣依頼書【個人用】

◎ 1週間前までに（県外での通訳は2週間前までに）お申し込みください。急病などの緊急は除きます。

◎ 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）

この個人情報、当派遣事業の目的外で 使用することはありません。		申込日	年	月	日
(ふりがな) 氏名	Ⓜ	年齢			
		性別			
住所					
※ 代筆の場合、この欄には通訳対象の方について ご記入ください。 代筆者氏名・対象者とのご関係や所属先・連絡 先等は、備考欄にご記入ください。	電話 ()	—			
	FAX ()	—			
通訳の日時	年 月 日 (曜日)				
	時 分 ~		時 分		
通訳の場所	※ 分かりにくい場所は、目印や簡単な地図などを書いてください。				
○ 場所の名まえ ○ 住所・電話番号					
待ち合わせ	時 分 / 場所				
用件・内容	※ 案内など、通訳の参考資料になるものがあれば、一緒にお送りください。				
備考					

【あて先】 〒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