

朝霞市手話通訳者等派遣申請書

社会福祉法人朝霞市社会福祉協議会 御中

申請者 ふりがな
氏名

住所

FAX番号

電話番号

朝霞市社会福祉協議会手話通訳者等派遣事業実施要綱第3条の規定により、次のとおり手話通訳者の派遣を申請します。

受付No.

派遣対象者	ふりがな						
	氏名						
派遣依頼日時	月 日	()	時 分	から	時 分	まで	
派遣場所							
待ち合わせ 場所及び時間	時 分						
派遣内容	1生活 2医療 3教育 4職業 5社会参加 6法務 7その他 8緊急対応						
備 考	手話通訳者						

決 裁 区 分	課 長	課長補佐	係 長	主 任	専 任	専 任	