

手話通訳者派遣申請書

令和 年 月 日

岡崎市社会福祉協議会長

申請者 (ふりがな)

氏 名

TEL

FAX

携帯番号

携帯アドレス

〒

住 所

生年月日 年 月 日 男・女

次のとおり手話通訳者等の派遣を受けたいので申請します。

申請者	聴覚障がい者 (1) (手帳所持者)	(2) (1)に準ずる障がい者	(3) 市及び福祉関係団体が開催する大会及び会議等
希望日時	令和 年 月 日 ( )		
	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分		
派遣場所	TEL FAX		
待ち合わせ 場所 時間	場所		
	午前・午後 時 分		
内 容 (どのような 内容か具体的 に記入)			
希望通訳者等 氏 名			
(事務処理欄)			

※ 連絡先 岡崎市社会福祉協議会・障がい係 TEL 0564-47-8750  
FAX 0564-47-8753

※ 初めて申請される場合は、身体障がい者手帳を提示してください。