



(FAX) 076 - 261 - 3021

手話通訳・要約筆記（手書き・パソコン）派遣申請書

申請日 年 月 日

申請者

（団体名）

担当者氏名

住所 〒

電話番号（ ） -

FAX番号（ ） -

（E-mail）

派遣月日	年 月 日（ ）
派遣時間	～
派遣希望	<input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記（ <input type="checkbox"/> パソコン・ <input type="checkbox"/> 手書き）
派遣場所	
待ち合わせの 時間・場所	
用件 通訳内容	
備考	※派遣申請に関する連絡事項があればご記入ください。

※上記内容に関する、要項・パンフレット・チラシ等の資料があれば、あわせてお送りください。

通訳依頼の申込・お問い合わせは…  
 社会福祉法人 石川県聴覚障害者協会  
 金沢市本多町3-1-10 石川県社会福祉会館内  
 電話 076 - 264 - 8615  
 FAX 076 - 261 - 3021