

決 済 印	会 長	局 長	職 員

👏 手話奉仕員派遣申込書 👏

社団法人 佐賀県身体障害者団体連合会会長 様

平成 年 月 日

団体名			
氏名			
住所	〒		
電話番号	☎・FAX		
派遣日時	月 日 () 時 分 ~ 時 分		
派遣場所	利用機関名		
	住所		
	電話番号		
通訳内容	(用件を簡単に書いて下さい。資料があれば添付して下さい。)		
連絡方法	(電話・FAXしてほしい時間、その他の方法等。)		

結 果

可	手話通訳者	手話の会	電 話	月 日 済
			連 絡	
否	理由及び 処理方法			