



しゅわつうやくしゃはけんもうしこみ
手話通訳者派遣申込

平成 年 月 日

川崎市 市長
(指定管理者)

こちらは、名前 _____ FAX _____

TEL _____

団体の場合の担当者名 _____

次のとおり手話通訳の派遣をお願いします

平成	年	月	日	曜日		
午前	時	分	～	午前	時	分
午後				午後		
通訳場所						
	住所					
<内容>						
時間						
午前						
午後						
場所						
<対象聴覚障害者名又は人数・その他>						

以下は記入しないでください

しゅわつうやくしゃはけん おしらせ
手話通訳者派遣のお知らせ

次のとおり手話通訳者の派遣をお知らせします

派遣通訳者名	
<備考>	

※ 個人情報は厳重に管理し、目的以外には使用しません。

〒211-0037 川崎市中原区井田三舞町14-16
社会福祉法人神奈川聴覚障害者総合福祉協会川崎市聴覚障害者情報文化センター

FAX:044-798-8803 TEL:044-798-8800(代表)