



川崎市手話通訳者派遣申込書

令和 年 月 日

(宛先)
川崎市 長
(指定管理者)

申込者 名前 _____ FAX _____

電話 _____

団体の場合の担当者名 _____

次のとおり、手話通訳者の派遣をお願いします。

派遣年月日	令和	年	月	日	曜日		
通訳時間	午前	時	分	～	午前	時	分
	午後				午後		
派遣場所	住所						
派遣内容	※病院の場合は診察科をお書きください						
待合せ	時間	午前・午後	時	分	※手話通訳者はこの時間に待合せ場所に行きます		
	場所						
〔対象聴覚障害者名又は人数・その他必要なこと〕							

以下は記入しないでください

派遣手話通訳者のお知らせ

派遣する手話通訳者は次のとおりです。

派遣手話通訳者名	
<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 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 電話: 044-798-8800 (代表)