

係	主任	センター長

北九州市身体障害者福祉協会 手話通訳協力員派遣申込書

下記のとおり、手話通訳協力員の派遣を申し込みます。

※依頼者は、太枠内のみ記入してください。

申込日：平成 年 月 日（ ）

申込者	氏名 又は 団体名		TEL	-	-
			FAX	-	-
	住所	〒 -			
日時	平成 年 月 日（ ） 時 分 ~ 時 分				
派遣場所	TEL - -				
派遣内容					
待合せ時間 及び場所	時 分	待合せの目印			
見積書 要・不要	要（市指定・申込者指定・身障協会） 不要				

下記の者が派遣決定しましたので、ご連絡します。

		受付者	
受付日	平成 年 月 日（ ）	要約筆記	あり・なし
派遣者氏名			
その他 連絡事項	依頼者への回答		
	平成 年 月 日（ ）		

(公財)北九州市身体障害者福祉協会 手話通訳協力員派遣事務局

〒804-0067 北九州市戸畑区汐井町1-6 ウェルとばた6F

【申込先】

北九州市立聴覚障害者情報センター TEL:093-645-1216 FAX:093-645-3335