

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。

※申込者は、太枠内のみ記入してください。

申込日：令和 年 月 日（ ）

申込者	氏名 又は 団体名		TEL	- -
			FAX	- -
	住所	〒 -		
日時	令和 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。

受付日	令和 年 月 日（ ）	受付者	
派遣者氏名			
その他 連絡事項	申込者への回答		
	令和 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

北九州市立聴覚障害者情報センター

〒806-0021 北九州市八幡西区黒崎3-15-3 コムシティ5階

TEL:093-645-1216

FAX:093-645-3335