様式５

手　話　通　訳　者　派　遣　申　込　書

岐阜県聴覚障害者情報センター長様

申請日　平成　　年　　月　　日

依頼元	団体名	（担当：　　）
	住　所	〒 ＴＥＬ　　ＦＡＸ （代理人が申し込む場合の代理人の氏名・連絡先） 〒 ＴＥＬ　　ＦＡＸ
派遣年月日		平成　　年　　月　　日（　　曜日）
派遣予定時間		時　　分　～　　時　　分
派遣場所		（住所　　）
待合せ場所 待合せ時間		（　　時　　分ごろ）
聴覚障害者の人数		（特に団体で申込の時は必ず記入してください。）　　名
通訳内容		具体的に

（１）申込書は、原則として３週間前までに提出すること。

（２）申請の際には、できるだけ、依頼の概要、通訳配置図、資料等を添付してください。