**伊奈町　手話通訳者・要約筆記者　派遣利用申込書**

埼玉聴覚障害者情報センター　御中

FAX０４８－８１４－３３５４

　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　込　者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| FAX番号 |  |

下記のとおり手話通訳者・要約筆記者の派遣を申込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣希望 | 手話通訳者派遣 | ※希望するものを○で囲んでください。 | | |
| 要約筆記者派遣 |
| 希望日時 | 年　　　月　　　日（　　） | | 午前　・　午後　　　時　　　分から | |
| 午前　・　午後　　　時　　　分まで | |
| 派遣場所 | 名　称 | | | |
| （所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 派遣目的 |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 待合せ  時　間 | 年　　　月　　　日（　　） | | | 午前　・　午後　　　時　　　分 |
| 待合せ  場　所 |  | | | |
| 特記事項 | | | | |

・FAXは24時間受信可能ですが、受付は月曜から土曜の9時～12時、13時～17時です。

・派遣を希望する内容のチラシ・プログラム等の資料がありましたら一緒に送信してください。

・記入する内容は、可能な限り詳細に記入してください。

・申込すると必ず利用できるとは限りません。可能な限り早めにお申し込みください。