

手話通訳者・要約筆記者派遣申込書 【行政・企業・団体用】

申込日 年 月 日

希望に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手話通訳 ・ <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> ノートテイク <input type="checkbox"/> OHC <input type="checkbox"/> OHP
申込者 (企業、団体名)	(フリガナ) (担当者名)
申込者 住所	〒 TEL: FAX:
派遣日時	年 月 日 () 開始時間 午前・午後 時 分 ~ 終了時間 午前・午後 時 分 待ち合わせ時間 時 分
派遣場所	会場名: 住所: 〒 TEL: FAX:
待合せ場所	(通訳者が伺う場所を具体的にご記入ください)
内容 (行事名)	
備考	

※詳細について、こちらからご連絡する場合がございます。

【お申込み・お問合せ先】

〒330-0074 埼玉県さいたま市浦和区北浦和5-6-5 浦和合同庁舎別館内
 社会福祉法人 埼玉聴覚障害者福祉会 埼玉聴覚障害者情報センター
 FAX : 048-814-3354 / TEL : 048-814-3353