

様式第3号（第8条関係）

新座市手話通訳者派遣申請書

令和 年 月 日

新座市長 様

申請者
住 所
氏 名
T E L
F A X

次のとおり手話通訳者の派遣を申請します。

派遣日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで
派遣場所	住所： 電話
待ち合わせ 場所・時間	_____ 午前・午後 時 分
派遣内容 (具体的に)	1 生活 2 医療 3 教育 4 大会 5 会議 6 講演 7 研修 8 その他
その他の 確認事項	
資 料	有・無

新座市手話通訳者派遣センター(市役所本庁舎1階障がい者福祉課内)
F A X (048)482-7725 / T E L (048)477-6891(直通)