

手話通訳者派遣申請書

年 月 日

一般社団法人奈良県聴覚障害者協会
理事長 村上 武志

団体名														
代表者名	(印)													
連絡先	〒													
	TEL					FAX								
担当者名														
派遣内容														
派遣日時	年 月 日 ()													
	時 分 ~ 時 分													
派遣場所	イ. 連絡先住所に同じ ロ.													
派遣人数	人													
待ち合わせ	時間： 時 分 場所： (基本は派遣実施 30 分前) 相手：													
備考	資料の有無			駐車スペース				通訳者の服装						
	有 () / 無			有 / 無				平服 / やや改まって						
	* 請求書の宛先が 連絡先と異なる場合は、こちらへご記入ください													
事務処理欄	決定通知 (依頼主)		資料送付					連絡書		決定通知 (通訳者)		取消		
	/		/					/		/		/		
	/		/					見積書		請求書		処理		
			1	2	3	4	5	6	7	/		/		
奈良県聴覚障害者支援センター TEL 0744-21-7880 FAX 0744-21-7888											所長		担当者	