別記様式第３号（第８条関係）　　　　　　ＦＡＸ送信先

　　　上三川町社会福祉協議会

　※　原則として５日前までに申請してください。　　ＦＡＸ　０２８５－５６－３１６４

手話通訳者等派遣申請書

年　　月　　日

　上三川町社会福祉協議会長　様

住　所　上三川町

申請者　団体名

氏　名

FAX番号

以下のとおり手話通訳者等の派遣を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 手話通訳者等の種類・人数 | 手話通訳者　(　　　　人)　　　要約筆記奉仕員 ( 人) |
| 派　遣　日 | 年　　月　　日 | 通訳時間 | 　　時　　分から　時　　分まで |
| 通訳を行う内容 |  |
| 場　　　所 | 通訳を行う場所 |  |
| 所　　在　　地 |  |
| 待ち合わせ場所 |  |
| 待ち合わせ時間 |  |
| 備　　　考 |  |

* この様式に書ききれない場合は別の紙に必要事項を書いてFAXしてください。