

聴覚障害者支援事業派遣申請書

令和 年 月 日

公益財団法人 船橋市福祉サービス公社
理事長 松戸 徹 宛

申請者 氏 名
住 所
FAX番号
メールアドレス

手話通訳者 要約筆記者の派遣を受けたいので、次の通り申請します。
※どちらかに✓をしてください。

派遣の日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
派遣の場所	
派遣内容	
待ち合わせ場所	
備 考	

【 申 請 先 】

公益財団法人 船橋市福祉サービス公社
FAX 047-436-2833
メール syuwa-youyaku@ffsk.or.jp