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