

船橋市福祉サービス公社

047-436-2833 (FAX)

船橋市手話通訳者・要約筆記者派遣申込書

令和 年 月 日

船 橋 市 長 宛

住 所 船橋市

申込者 氏 名

FAX・電話

※どちらかにをしてください。

手話通訳者  要約筆記者の派遣を受けたいので、次の通り申し込みします。

派遣の日時	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	

※本人以外が申し込みする場合は記入して下さい。

対 象 者	氏 名 ( ) 申込者との関係 ( ) 住 所 (船橋市 ) その他 ( )
-------	--

手話通訳者・要約筆記者が決まりました。

\_\_\_\_\_ が行きます。よろしく申し上げます。

公益財団法人 船橋市福祉サービス公社 派遣担当