

様式第1号（第2条関係）

草加市手話通訳者派遣申請書

年 月 日

草加市社会福祉協議会会長 様

下記の通り手話通訳者の派遣を依頼します。

氏 名	
住 所	
連絡先	FAX TEL ()
通訳希望日	年 月 日 () 午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分 まで
場 所	
内 容	
待ち合わせ 場所	(場所)
時間	(時間) 午前 ・ 午後 時 分

社会福祉法人

草加市社会福祉協議会 草加市松江1-1-32

FAX 932-6781

TEL 932-6770

★ 手話通訳が必要な日時が決まったら早めに連絡して下さい。