

## 加古川市手話通訳者派遣申請書

年 月 日

加古川市長 様

加古川市手話通訳者派遣事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり手話通訳者の派遣を申請します。

申 請 者	氏 名							
	連 絡 先	FAX ( )	-					
派 遣 日 時	年 月 日 ( )	午 前・午 後	時 分	から	午 前・午 後	時 分	まで	
派 遣 場 所 ( 具 体 的 に )								
待 ち 合 わ せ	場 所 ( 詳 し く )							
	時 間	午 前	・	午 後	時	分		
用 件								
そ の 他								
[加古川市障がい者支援課 地域生活支援係] 依頼先：FAX：427-9380 TEL：427-9210		入 力	受 付No.					
		課長	副課長	係長	担当			