

## 鶴ヶ島市手話通訳派遣申請書

年 月 日

（あて先）鶴ヶ島市社会福祉協議会長

住所 \_\_\_\_\_  
申請者 氏名 \_\_\_\_\_  
FAX・電話 ( ) \_\_\_\_\_

鶴ヶ島市手話通訳派遣事業実施要領第2条の規定により、下記のとおり手話通訳者の派遣を申請します。

通 訳 日 時	年 月 日 ( )	午前・午後 時 分から	午前・午後 時 分から
通 訳 場 所 (待ち合わせ場所)	名 称		
	所 在 地		
	F A X ・ 電 話		
	待ち合わせ時間	午前・午後	時 分
通 訳 内 容			
そ の 他	ビデオ等撮影 : 有 ( ) 無		