

手話通訳者利用申請書

年 月 日

(申請先) 佐久広域連合 障害者相談支援センター所長

申請者 住所

氏名

連絡先 (FAX)

次のとおり手話通訳を利用したいので申請します。

利用年月日	年 月 日 曜日		
利用時間	午前 午後	時 分 ~	午前 午後 時 分
利用場所	住所		
待合せ場所	時間	午前・午後 時 分	
	場所		
利用対象の聴覚障害者等	(申請者と異なる場合は記入)		
通訳内容 (具体的に)			
備考			

*連絡事項

- ・ 1週間前までにお申し込みください。
- ・ 申し込み後に通訳が不要になった時は、すぐにご連絡ください。
- ・ 申し込みいただいてもお断りする場合があります。ご了承ください。
- ・ 利用2日前までに連絡がなかった場合は、ご連絡ください。