

秋田県盲ろう者向け通訳・介助員 派遣申請書

（あて先） 秋田県聴覚障害者支援センター

（FAX） 018-862-1820

次のとおり、通訳・介助員の派遣を依頼します。

依頼日	年	月	日
登録者氏名			
住所			
連絡先			
派遣希望 日時	年	月	日（ ） 時 分から 時 分まで
派遣場所			
派遣内容	※資料等があれば、添付してください。		
待ち合わせ	時間	時 分	
	場所		
通訳方法			
その他			