

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	平成	年	月	日
登録者氏名				
住所				
連絡先				
派遣希望 日時	平成	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				