

## 鴻巣市手話通訳派遣（個人・団体）申請書

（申請年月日）平成 年 月 日

申請者	住所			
	ふりがな		連絡先	
	氏名		<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 電話
通訳希望日時と場所	平成 年 月 日 曜日	午前 時 分 午後 時 分	～	午前 時 分 午後 時 分
	場所			
通訳者との待ち合わせ場所と時間	場所		時間	午前 時 分 午後 時 分
通訳の内容 該当するものに○印を付けてください	1 生活	冠婚葬祭・各種手続き・その他		
	2 医療	診察・検査・健康相談・その他		
	3 教育	入学式・卒業式・授業参観・懇談会・家庭訪問・その他		
	4 職業	面接・職場での話し合い・その他		
	5 その他	※具体的な内容をお書きください。		
通訳者の希望について	※該当するものに○印を付けてください		希望する	
	1 特に希望しません		通訳者名	
	2 希望する		※希望にそえない場合は、ご容赦ください。	
鴻巣市手話通訳派遣事務所      FAX 544-0205 電話 544-0200				
☞ 手話通訳が必要な日時が決まりましたら、原則3日前までに申請してください。				
			受付	平成 年 月 日
			通訳者	