

様式第1号 (第6条関係)

手話通訳者派遣申請書

年 月 日

荻田町長 様

(申請者) 住所

氏名

FAX 番号・メールアドレス

荻田町障害者等コミュニケーション支援事業実施規程第6条の規定に基づき、手話通訳者の派遣を申請します。

記

フリガナ			
利用者氏名		生年月日	
FAX番号			
メールアドレス			
住所	〒		
希望日時			
予定時間			
用件			
行き先			
備考			
(待ち合わせ場所)			