

社会福祉法人春日部市社会福祉協議会手話通訳派遣事業実施運営規程

様式第1号（第8条関係）

社会福祉法人春日部市社会福祉協議会手話通訳派遣事業派遣申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人春日部市社会福祉協議会会長 様

申請者 所在地  
名称  
代表者氏名  
電話番号 ( )  
FAX ( )

下記のとおり手話通訳者の派遣を申請します。

記

期 日	令和 年 月 日 ( ) 時 分から 時 分まで		
場 所	春日部市		
通訳者人数	人		
通訳の内容			
通訳内容の資料の提出	無 ・ 有 ( 月 日までに提出します。)		
事前打ち合わせ必要性	無 ・ 有	期日	令和 年 月 日 ( )
		時間	時 分から 時間 分
		場所	
備 考			