

# 手 話 通 訳 者 派 遣 申 請 書

平成 年 月 日

いずれかの番号に○をつけてください。

- 1 三豊市福祉事務所長様      FAX 0875-73-3023  
     平日（月～金、祝祭日を除く）に申し込む場合    時間 8：30～17：00
  
- 2 香川県聴覚障害者福祉センター様    FAX 087-868-9201  
     土曜日、日曜日、祝祭日に申し込む場合    時間 8：30～17：00

申 請 者	住 所	三豊市 町		
	氏 名	印	男・女	年 齢 歳
	連 絡 先	FAX                    —                    — TEL                    —                    —		
用 件	<input type="checkbox"/> 病院…診察 検査 <input type="checkbox"/> 福祉…福祉制度手続 通訳派遣 相談 <input type="checkbox"/> 教育…参観 入学 卒業 懇談 <input type="checkbox"/> 警察…事故 違反 免許 <input type="checkbox"/> 生活…銀行 住宅手続 土地 自治会関係 葬式 結婚 <input type="checkbox"/> 社会…交渉 会議 総会 <input type="checkbox"/> 職業…就職 転職 雇用保険 <input type="checkbox"/> その他			
派 遣 日 時	平成 年 月 日（曜日） 午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで			
派 遣 場 所				
待ち合せ場所		時 間	午前・午後 時 分	
通訳者に知らせて おきたいこと				
備 考				

（注） 申込みは7日前までにお願いします。