

設置（毎週火曜日）

手話通訳者派遣申請書

平成 年 月 日

申請先

三豊市福祉事務所 福祉課 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

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				