

別記第1号様式(第5条関係)

手話通訳者・要約筆記者派遣申請書

年 月 日

社会福祉法人

鹿児島県身体障害者福祉協会会長 殿

住所(所在地)

氏名(名称)

FAX・電話

担当者氏名

鹿児島県手話通訳者及び要約筆記者派遣事業実施要領第5条第1項の規定により、下記のとおり手話通訳者・要約筆記者の派遣を申請します。

通訳日時	年 月 日()		時 分から	時 分まで
通訳場所 (待合せ場所)	名称			
	所在地			
	FAX・電話			
	待合せ時間	時 分		
派遣対象の聴覚 障害者等の状況				
通訳内容				
その他				

注 「派遣対象の聴覚障害者等の状況」欄については、障害者団体が主催する広域的な行事の場合は、参加する聴覚障害者等の人数や市町村名等を記載すること。