

(手話通訳・要約筆記)派遣申請書

団 体

交付番号

千葉聴覚障害者センター 手話通訳設置派遣事業担当 行

FAX 043-308-6400

TEL 043-308-6373

申請日 年 月 日

団体名		TEL	
代表者名		FAX	
住 所			

(手話通訳 ・ 要約筆記)の派遣を申請します。

(どちらかに○で囲んでください。両方必要な場合は両方とも○で囲んでください。)

平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分

通訳内容

--

待合わせ場所・時間

場所

時間 時 分

交通手段は	線	駅
バス	行	停留所下車
備考		

通訳料の請求先

団体名		担当者	
-----	--	-----	--

請求書の郵送先

住所		宛名	
----	--	----	--

通訳者名	
------	--

〒260-0022 千葉県千葉市中央区神明町204-12

請求	見積	入力