

手 話 通 訳 派 遣 申 込 書

川口市社会福祉協議会会長様

氏 名	(FAX)										
住 所	川口市										
通訳者との 待ち合わせ	日 時	平成	年	月	日 ()	午前	時	分	午後	時	分
	場 所										
通訳場所	(TEL)										
通訳時間	午前	午後	時	分	～	午前	午後	時	分		
通 訳 内 容 を 詳しく書いて ください	1.生活 2.医療 3.職業 4.教育 5.住居 6.その他										

★通訳が1カ所だけでない時は、通訳場所にどことどこに行きます。と書いてください。

★通訳依頼の取り消し、変更(時間・待ち合わせ場所)の場合は、すぐに連絡ください。

【連絡先】川口市社会福祉協議会 FAX 048-259-0323 TEL 048-252-1294

※メールは、月～金の事務所が開いている時間で緊急にFAXが無い所から連絡が必要な場合のみ利用可能 メール ksyuwa1294@t.vodafone.ne.jp