

様式第1号

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			
通訳者との 待ち合わせ	日時	年 月 日 ()	午前 時 分 午後
	場所		
通訳場所 (住所)	(TEL)		
通訳時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分		
通訳内容を 詳しく書き てください	1. 生活 2. 福祉 3. 医療 4. 職業 5. 教育 6. その他		

- ★通訳が1ヵ所だけでない時は、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】 FAX 048-259-0323 TEL 048-252-1294

※メールは、月～金事務所が開いてる時間で緊急にFAXが無い所から連絡が必要な場合のみ利用可

メール : ksyuwa1294@t.vodafone.ne.jp