

(様式第6号-1)

手話通訳派遣コーディネート依頼書

年 月 日

兵庫県立聴覚障害者情報センター
管理者 様

依頼者	機関名	
	代表者	
	所属名	
	担当者名	
	所在地	
	TEL	
	FAX	

申請者	氏名	(歳)		受付No.	
	ヨミガナ				
派遣日	年 月 日 () : ~ :				
用務内容					
場所	行き先:				
	所在地:				
等	Tel				
	待合せ場所		待合せ時刻	:	
通訳者の服装	平服・ジャケット着用・その他()				
手話通訳の方法	全体(舞台・会議) 個人(対面) その他(撮影等)				
資料	式次第等 添付・後日				
備考					
処理欄					
この派遣に関する 問合せ先	兵庫県立聴覚障害者情報センター 手話通訳者派遣担当 FAX078-805-4192 TEL078-805-4175 Mail syuwahaken@hyogo-chokaku.jp				