

(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

ひょうご通訳センター所長様

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

派遣対象者	氏名	(歳)	TEL		
	現住所		FAX		
派遣日	平成 年 月 日 () : ~ :				
用務内容					
場所等	行き先:	付近の地図			
	所在地:				
	Tel				Fax
	待合せ場所				
	待合せ時刻				
通訳者の服装					
対象者は指文字が わかる ・ わからない					
資料	()	添付	・	後日	
備考					

受付日		受付No.		形態	
確認				依頼元	
備考				地域	
				分類	

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 手話通訳担当 FAX078-805-4192 TEL078-805-4175
------------------	-----------------------------------------------------------