

(様式第2号)

手話通訳派遣依頼申込書（幹旋用）

申し込み日	平成	年	月	日	()
依頼者	団	体	名		
	担	当	者		
	連	絡	先	TEL/	
				FAX/	
件名					
日時	平成	年	月	日	()
	時	分	～	時	分
	打ち合わせ		時	分から	
	打ち合わせ場所				
場所					
派遣人数	名				
費用請求先	[住所] 〒				
	【請求書宛名：】				
支払方法	銀行振込みでお願いします。 ※後日、請求書をお送りします。				
資料	開催要綱・進行表・原稿等を早めにご準備ください。 月 日までに送付します。				
備考					

〒770-0005 徳島市南矢三町2丁目1-59徳島県立障がい者交流プラザ2階
社会福祉法人徳島県社会福祉事業団
徳島県立障がい者交流プラザ視聴覚障がい者支援センター
FAX 088-631-1500
電話 088-631-1400