

(様式第2号)

手話通訳派遣依頼申込書 (幹旋用)

申し込み	令和 年 月 日 ()		
依頼者	団体名		
	担当者		
	連絡先	TEL /	
FAX /			
件名			
日時	令和 年 月 日 ()	時 分	時 分
	打ち合わせ時間	時	分から
	打ち合わせ場所		
場所			
派遣人数			
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