

手話通訳派遣依頼申込書（個人）

申込みの日	令和 年 月 日（ ）
名 ま え	
連 絡 先	[住 所]〒 ー
F A X	（ ） ー
内 容	
い つ	令和 年 月 日（ ）
時 間	時 分 ～ 時 分まで 待ち合わせは 時 分をお願いします。 待ち合わせ場所は をお願いします。
場 所	（ ）市・郡（ ）
施 設 名 等	
	*場所がわかりにくい場合、地図も書いてください。

〒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