

手話通訳派遣依頼申込書(幹旋用)

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 所長 様

下記のとおり、手話通訳者の派遣を申し込みます。

申込日	令和 年 月 日()			
依頼者	団体名			
	担当者			
	連絡先	TEL/		
		FAX/		
件名				
派遣日時	令和 年 月 日()			
	時	分	～ 時 分	
	待ち合わせは	時	分	
	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				