

公益社団法人兵庫県聴覚障害者協会 手話通訳派遣依頼書

※太枠内をご記入ください

依頼者	依頼者が団体の場合は担当者名:		(手話通訳者を必要とする人の名前)		・ 不特定
	住所	〒	—	FAX	() —
			TEL	() —	
			Mail		
派遣日	年	月	日	曜日	時 分 ~ 時 分
行事名					
内容					
実施場所	■会場名称:		■住所:		
	■集合時間		■TEL・携帯電話		
	時 分		— —		
	■集合場所(具体的にご記入ください)		■最寄り駅: 電車 駅		
			徒歩 分 程度		
	■現地担当者名		■駐車場: あり ・ なし		
		■地図添付: あり ・ なし			
■打ち合わせについて あり ・ なし		■通訳者の服装: 平服 ・ やや改まって			
※依頼元と異なる場合はお書きください		■見積書: 必要 ・ 不要			
請求書	送付先	〒 —			
	宛先	担当者名			
備考					

※依頼書送付時に、チラシや実施要項を一緒にお送りください

【申込先】公益社団法人兵庫県聴覚障害者協会
 〒650-8691兵庫県神戸市中央区相生町2丁目2-8
 新神戸ビル東館2階
 TEL:078-371-5613 FAX:078-371-0277
 Mail: shuwatuyaku@hyogodeaf.com

メモ	No.