

下呂市福祉事務所長 様

申請者

派遣対象者との続柄（ ）

下呂市手話通訳者（奉仕員）派遣（変更）申請書

次のとおり手話通訳者（奉仕員）を派遣されるよう申請します。

派遣 対象 者	氏名（団体の場合は代表者）	
	住 所	
	F A X	
年 月 日	平成 年 月 日 （ ）	
予 定 時 間	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分	
場 所		
待ち合わせ場所		
待ち合わせ時間	午前・午後 時 分	
聴覚障がい者人数	人	
内 容		

※派遣日の5日前までに提出すること。（ただし、緊急の場合は除く。）