

新潟県手話通訳者派遣申請書

年 月 日

一般社団法人新潟県聴覚障害者協会 様

住所(所在地)

団体名

代表者職氏名

担当者所属職氏名

連絡先 TEL ( )

FAX ( )

メールアドレス :

下記により、手話通訳者を派遣くださるようお願いいたします。

記

派遣日時	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分		
派遣場所			駐車場の有無 有・無
住 所	電話 ( ) (最寄りの駅 )		
派遣内容	(行事名) ※会議、研修、講演会、パネルディスカッション等形態が分かるよう御記載ください		
行事の参加予定人数	名	必要とする手話通訳者の人数	名 ※御不明の際はお問い合わせください。
その他			

メール、FAX又は郵送により御提出ください。

\* 要綱、チラシ等がある場合は、添付してください。

\* シナリオ、講演資料、会場レイアウト等がありましたら、おって御提出をお願いします。

提出先：一般社団法人新潟県聴覚障害者協会  
FAX：025-381-4699  
Mail：ken-haken-niigata@basil.ocn.ne.jp