

# 盲ろう者向け通訳・介助員派遣申請書

年 月 日

奈良県聴覚障害者支援センター 所長

(代筆者氏名)

申請者氏名											
連絡先 (FAX)											
派遣内容											
派遣日時	年 月 日 ( )			時 分 ~				時 分			
派遣場所	派遣先 :										
	住所 :										
派遣人数	人 (ろう / 健聴)										
希望する通訳介助員名											
待ち合わせ	時間 : 時 分										
	場所 :										
別れる場所											
備考											
事務処理欄	決定通知 (依頼者)	資料送付						決定通知 (通訳者)	請求書	取消	
	/	/						/	/	/	
		1	2	3	4	5	6	7	処理	所長	担当者