

# 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 宛

団体名 代表者名						
連絡先	〒 -					
担当者	TEL: FAX:					
派遣内容 (事業の名称)	MAIL:					
派遣日時	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分					
盲ろう者氏名						
派遣場所	<input type="checkbox"/> 連絡先に同じ <input type="checkbox"/> 別( )					
派遣人数	人 (派遣内容・通訳時間により変更の場合あり)					
待ち合わせ	時間: 時 分 場所: (基本は派遣実施時間30分前) 相手:					
見積書	<input type="checkbox"/> 要 ( <input type="checkbox"/> FAXにて送付のち請求書と同送 / <input type="checkbox"/> 派遣実施前に送付 ) <input type="checkbox"/> 不要					
請求書	送付先: 〒 - 宛名:					
確認事項	資料の有無		駐車スペース		服装指定	
	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無	
事務処理欄	決定通知書 (依頼者)	決定通知書 (通訳者)	資料送付		連絡書	取消
	/	/	/		/	/
	受理	見積書	請求書	処理	所長	担当者
		/	/			