

手話通訳者派遣申請書

【 】

公益社団法人北海道ろうあ連盟
北海道手話通訳派遣センター所長 様

(申請日) 年 月 日

申請者 (機 関 ・ 団 体 ・ 個 人)

住所

氏名

電話

FAX

太
枠
内
の
み
記
入
し
て
く
だ
さ
い

通訳日時	月 日 (曜日) 時 分 ～ 時 分 (時間 分)				
通訳場所	住 所				
	名称等				
	電 話		FAX		
対象者	氏名		居住地		市・町・村 / ほか 名
	電話/FAX		E-mail		
通訳内容					
待合せ	時間		場所		相手

連盟使用欄 派 遣 決 定 書

受理日		決定日		通知日		
<input type="checkbox"/> 派遣する		<input type="checkbox"/> 派遣しない 理由:			分類	
適用事業		派遣者氏名(居住市町村)			移動手段(徒歩を除く)	
<input type="checkbox"/> 道手話通訳者設置事業 <input type="checkbox"/> 道手話通訳者派遣事業 <input type="checkbox"/> ()市町村事業(単価契約) <input type="checkbox"/> 派遣センター事業 <input type="checkbox"/> 派遣センター事業(特)	1			<input type="checkbox"/> 自家用車 (その他)		
	2			<input type="checkbox"/> 自家用車 (その他)		
	3			<input type="checkbox"/> 自家用車 (その他)		
	4			<input type="checkbox"/> 自家用車 (その他)		
	5			<input type="checkbox"/> 自家用車 (その他)		
	6			<input type="checkbox"/> 自家用車 (その他)		
特記事項						
<input type="checkbox"/> 登録員都合つかず設置対応 <input type="checkbox"/> 事前報告済み						
変更			取消			
処理欄	連盟	情報センター			担当	派遣完結
						月 日