様式第３号（第７条第１項関係）
熊本市長　様
下記のとおり手話通訳者の派遣をお願いいたします。

手話通訳者派遣依頼書

◎1週間前までに（県外での通訳は2週間前までに）お申し込みください。 ※急病などの緊急の場合は除きます。

◎17：30以降は、翌朝または休館日明け8：30からの対応になります。（休館日/日曜・祝日・年末年始）

※代筆の場合、この下には通訳対象の障害者についてご記入ください。 代筆者のお名前等は「その他」にご記入ください。	申込日	年　　月　　日	
（ふりがな） 氏　名		（年齢） □男性　□女性　□その他	
住　所			
連絡先	FAX　（　　）		
	メールアドレス（　　）		
通訳の日時	年　　月　　日　（　　曜日）		
	時　　分　～　　時　　分		
待ち合わせ	時　　分　／　場所		
通訳の場所 ・場所や正式名称 ・住所や所在地 ・電話番号	※ 分かりにくい場所は、目印や地図などを書いてください。		
通訳の内容 ・通訳してほしいこと ・会う相手 ・行事名	※ 案内やチラシなど、通訳内容に関する資料があれば、一緒に送ってください。		
その他	※ 代筆の場合、こちらに代筆者氏名・対象者とのご関係や所属先・連絡先等をご記入ください。		

※ご記入いただいた情報は、当派遣の目的外で使用することはありません。

【宛先】 〒862-0950　熊本市中央区水前寺6丁目9番4号　熊本聴覚障害者総合福祉ｾﾝﾀｰ
一般財団法人　熊本県ろう者福祉協会　手話通訳派遣担当
電話　（096）383－5587　　FAX（096）384-5937
E-mail :kumasyuwahaken@aurora.ocn.ne.jp（FAXを持っていない方用）