

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）