様式第１号（第７条関係）

三芳町手話通訳者派遣事業利用申込書

年　　月　　日

　　（あて先）三芳町長

申込者　住所

氏名

（法人その他の団体にあっては、主たる事務所の所在地及び名称並びに代表者氏名）

　下記のとおり手話通訳者派遣事業を利用したいので、三芳町手話通訳者派遣事業実施要綱第7条の規定により申し込みます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣対象者 | 住　所 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 氏　名 | 　 | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 |
| 派遣希望日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　曜日） |
| 派遣時間 | 午前　・　午後　　時　　分　から　午前　・　午後　　時　　分まで |
| 派遣場所 | 　 |
| 派遣内容 | 　 |