

年 月 日 ()

大牟田市長 殿

手話通訳派遣申込書

1. 申込者

◎氏名(団体名) _____

◎住所(所在地) _____

ふあくす

◎FAX () — () — ()

◎電 話 () — () — ()

2. 派遣希望日

派遣希望年月日	年 月 日 () ~ 月 日 ()
派遣希望時間	時 分 ~ 時 分
通 訳 場 所	
通 訳 内 容	
その他の希望	

(急ぐ場合、また人数の希望がある場合は、その他の希望欄に記入してください。)

年 月 日 ()

手話通訳派遣決定通知書

() 様からの申し込みは、次のとおり決定しました。

大牟田手話の会 () () ()

()

福 祉 課 ()

手話通訳コーディネーター ()

ふく し か
福 祉 課

FAX 0944-41-2664