事業者手話通訳設置推進事業　通訳者派遣申込書

　　年　　月　　日

（宛先）姫路市障害福祉課長

申込者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記のとおり、事業者手話通訳設置推進事業による手話通訳者の派遣を申し込みます。

１　事業者の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名（企業名） |  |
| 所在地 | 〒　　－ |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |
| 担当者名 |  |

２　講演会・イベント等の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時 | 　　　　年　　　月　　　日（　　） |
| 午前・午後　　　時　　　分　～　午前・午後　　　時　　　分 |
| 派遣場所（市内） | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 電話 |  | FAX |  |
| 集合時間 | 午前・午後　　　時　　　分 | 場所 |  |
| 行事の内容 |  |
| 事前打ち合わせ希望日時 | 　　　　年　　　月　　　日（　　） |
| 午前・午後　　　時　　　分　～　午前・午後　　　時　　　分 |

　※上記の内容について、姫路手話通訳者協会へ情報提供します。

　※派遣の可否については姫路手話通訳者協会と調整の上決定いたします。ご希望のとおり派遣できない場合がありますのでご了承ください。