様式第９号（第１０条関係）

秋田県盲ろう者向け通訳・介助員

派遣申請書

（あて先）　秋田県聴覚障害者支援センター

（ＦＡＸ）　０１８－８６２－１８２０  
次のとおり、通訳・介助員の派遣を依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 登録者氏名 |  | |
| 住所 |  | |
| 連絡先 |  | |
| 派遣希望  日時 | 年　　　月　　　日（　　　）　　　　時　　　分 から　　　時　 　分 まで | |
| 派遣場所 |  | |
| 派遣内容 | ※資料等があれば、添付してください。 | |
| 待ち合わせ | 時　間 | 時　　　分 |
| 場　所 |  |
| 通訳方法 |  | |
| その他 |  | |

秋田県聴覚障害者支援センター　電　話　　 　　０１８－８７４－８１１３

メールアドレス　akita-chokaku@fukinoto.or.jp