

秋田県盲ろう者向け通訳・介助員派遣業務報告書

年 月 日

秋田県聴覚障害者支援センター所長

登録番号 通介第 号

通訳・介助員氏名

次のとおり報告（・請求）します。

※太枠内を記入

派遣日時	年 月 日 () (活動時間) 時 分～ 時 分		
派遣場所			
利用者		コミュニケーション手段	
派遣内容			
反省等所感 引継ぎ事項			
交通機関	行き JR (駅 ～ 駅) 円	車	k m
	バス (～) 円		
	帰り JR (駅 ～ 駅) 円	車	k m
	バス (～) 円		

派遣区分	件数	時間	謝金 (h×@ 2,000)	円
			交通費 (km)	円
			その他 ()	円
			合 計	円

※業務報告書は、通訳後、5 日以内にメール、FAX または郵送すること。