

韮崎市コミュニケーション支援事業申請書

年 月 日

韮崎市福祉事務所長 殿

申請者 住所 _____

氏名 _____ (印)

次のとおり手話通訳者等の派遣を申請します。

派遣年月日	年 月 日 ()
派遣時間	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 (約 時間)
派遣先及び派遣内容	(派遣先) (内容)
手話通訳者等の人数	手話通訳者 人 ・ 要約筆記奉仕員 人
備考 (連絡先等)	

* イベント・講演等で依頼する場合は、パンフレットなどを添付する。