

## 手話通訳者・手話監修者派遣申込書

公益社団法人鳥取県聴覚障害者協会 御中

		申込年月日		年 月 日		
申込者	団体名				担当者名	
	住所	〒				
	連絡先	電話			FAX	
		E-mail				
緊急時連絡先 (休日、災害時等)						
派遣年月日		年 月 日 ( )				
開催時間		時 分 ~		時 分		
集合時間		時 分				
内容						
派遣場所				集合場所		
資料提供等		*映像、シナリオ等がありましたら、ご提供お願いします。				
備考						

◆派遣申込書が届きましたら、下記の【申込書受理通知】を返信させていただきます。  
(申し込み後、1週間以内に受理通知が届かない場合は、お手数ですがご連絡ください。)

<b>【手話通訳者・手話監修者申込書受理通知】</b>			
様	年 月 日		
<p>上記申込書を受理いたしました。          派遣者が決定した時点で、「決定通知書」をFAXいたします。          派遣者の決定まで、若干お時間がかかります。今しばらくお待ちください。</p>			
<p>【連絡先】公益社団法人鳥取県聴覚障害者協会          (鳥取県西部聴覚障がい者センター)          電話 0859-30-3659 / FAX 0859-30-3660          E-mail tottori-haken@torideaf.jp</p>	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">受理印</td> </tr> <tr> <td style="height: 50px;"></td> </tr> </table>	受理印	
受理印			