制度外　札幌聴覚障害者協会手話通訳者派遣申請書　　受付番号＿＿＿＿＿＿

（あて先）
公益社団法人　札幌聴覚障害者協会　理事長
TEL　011-633－7575
FAX　011-633－7600

（申請日）平成　　年　　月　　日

申請者	住所 氏名　　（　　才） （　　年　　月　　日） （TEL　　－　　－　　） （携帯　　－　　－　　） （FAX　　－　　－　　）

通訳内容 ※時間の流れに沿って具体的にお書き下さい	※予約の有無　→ない　ある ※資料など　→ない　ある 〔　　〕

日時	平成　　年　　月　　日（　　曜日） 時　　分　～　　時　　分
派遣場所	（住所） （名称等） （TEL　　－　　－　　） （携帯　　－　　－　　） （FAX　　－　　－　　）
（待ち合わせ場所）	（付近のバス停・駅など） ※地図

※上の枠内にお書き下さい。資料や案内書がありましたら一緒に送ってください。

受理	月　日	FAX 来所 電話 TV M ⇒	派遣区分	1 2 3 4 5	ケ	継	配（医・司・教・他	継F

手配　/　連絡（FAX TEL 郵送 直接 TV M）			再手配　/　連絡（FAX TEL 郵送 直接 TV M）		
1. 派遣する			1. 再手配する　□通訳者変更　□日時場所変更 □その他		
専・登	予・ペア・コピー・地図・資料		専・登	予・ペア・コピー・地図・資料	
専・登	予・ペア・コピー・地図・資料		専・登	予・ペア・コピー・地図・資料	
専・登	予・ペア・コピー・地図・資料		専・登	予・ペア・コピー・地図・資料	
専・登	予・ペア・コピー・地図・資料		専・登	予・ペア・コピー・地図・資料	
専・登	予・ペア・コピー・地図・資料		専・登	予・ペア・コピー・地図・資料	
専・登	予・ペア・コピー・地図・資料		専・登	予・ペア・コピー・地図・資料	
2. 派遣不可			2. 派遣不可		
業務協力	予・ペア・コピー・地図・資料		業務協力	予・ペア・コピー・地図・資料	
3. □取消（　/　）（　　） □対象外（　　）			3. □取消（　/　）		

決裁欄			手配者	手配補	入力

決裁欄			手配者	入力