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
ＴＥＬ６３３－７５７５
ＦＡＸ６３３－７６００

(申請日)　　年　月　日

申請者	住所 氏名　　(　　才) (　　年　月　日生) 連絡先 TEL　－　－ 携帯　－　－ FAX　－　－
日時	年　月　日(　曜日) 時　分 ～　時　分
派遣場所	住所　区 名称等 連絡先 TEL　－　－ 携帯　－　－ FAX　－　－
通訳内容 ※時間の流れに沿って具体的にお書きください。	※相手方との約束⇒ 有 ・ 無 ※資料など ⇒ 有 ・ 無 (　　)
(待合わせ場所)	(付近のバス停・駅など)

※上の「太わく」の中にお書きください。案内書等があれば、添付してください。　※地図添付　有　・　無

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)
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