

手話通訳者派遣申請書

【 】

公益社団法人北海道ろうあ連盟
北海道手話通訳派遣センター 所長 様

(申請日) 20 年 月 日

申請者 (機関・団体・個人)
住所
氏名
電話
FAX

太枠内のみ記入してください

通訳日時	月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分 (時間 分)		
通訳場所	住 所		
	名称等		
	電 話	FAX	
対象者	氏名	居住地	市・町・村 / ほか 名
	電話/FAX	E-mail	
通訳内容			
待合せ	時間	場所	相手

連盟使用欄 派遣決定書

受理日		決定日		通知日	
<input type="checkbox"/> 派遣する	<input type="checkbox"/> 派遣しない	理由:			分類
適用事業		派遣者氏名(居住市町村)		移動手段(徒歩を除く)	
<input type="checkbox"/> 道手話通訳者設置事業	1			<input type="checkbox"/> 自家用車	(その他)
<input type="checkbox"/> 道手話通訳者派遣事業	2			<input type="checkbox"/> 自家用車	(その他)
<input type="checkbox"/> ()市町村事業(単価契約)	3			<input type="checkbox"/> 自家用車	(その他)
<input type="checkbox"/> 派遣センター事業	4			<input type="checkbox"/> 自家用車	(その他)
<input type="checkbox"/> 派遣センター事業(特)	5			<input type="checkbox"/> 自家用車	(その他)
	6			<input type="checkbox"/> 自家用車	(その他)
特記事項					
<input type="checkbox"/> 登録員都合つかず設置対応 <input type="checkbox"/> 事前報告済み					
変更				取消	
処理欄	連盟	情報センター		担当	派遣完結
					月 日