

鈴鹿市手話通訳者派遣申込書

年 月 日

（宛先）鈴鹿市長

手話通訳者の派遣を希望しますので、鈴鹿市手話通訳者派遣事業実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申し込みます。

申 込 者 氏 名	
申 込 者 住 所 等	〒 鈴鹿市 F A X 番 号 ア ド レ ス
派 遣 日	年 月 日（ 曜 日 ）
派 遣 時 間	午前 時 分 から 午前 時 分 まで 午後 時 分 から 午後 時 分 まで
派 遣 場 所	
待 合 せ 時 間 ・ 場 所	時間 午前・午後 時 分
	場所
内 容 （ 具 体 的 に ）	※通訳の内容・時間等がわかる資料があれば、添付してください。
備 考	

障がい福祉課 F A X : 059-382-7329 アドレス : [shogaifukushi@city.suzuka.lg.jp](mailto:shogaifukushi@city.suzuka.lg.jp)

※緊急または、やむを得ない事由がある場合を除き2週間前までに依頼してください。