

名古屋市

(様式3)

年 月 日

名古屋市盲ろう者向け通訳・介助員派遣依頼書

(宛先)

社会福祉法人

名古屋市身体障害者福祉連合会会長

住所

申請者

氏名

次のとおり通訳・介助員の派遣を申請します。

派遣 内容	依頼日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
	場 所	
	待ち合わせ 場所・時刻	
	解散 場所・時刻	
	通訳・介助 内容	

どちらかに○をつけてください。

・希望する通訳・介助員は _____ です。

・通訳者を探してください。

(連絡先)

名身連聴覚言語障害者情報文化センター

FAX : 052-413-5853 TEL : 052-413-5885

E-Mail : chogen@meishinren.or.jp