

手話通訳者派遣申込書（個人用）

年 月 日

手話通訳依頼は急病など緊急の場合を除き1週間以上前までにお願いします。

申請者：

住所：〒

身体障害者手帳の有無（有・無） 等級（種 級）

FAX: () — TEL: () —

メールアドレス：

月 日	年 月 日（曜日）	
時 間	午前 ・ 午後	時 分 ~ 午前 ・ 午後 時 分
場 所	名称	
	住 所	
	TEL	() —
内 容	※内容が分かる案内(チラシなど)があれば、一緒にご提出ください。	
待ち合わせ	場 所	
	時 間	午前 午後 時 分
備考		

※この個人情報は、当派遣事業以外の目的で使用することはありません。

送付先：名身連聴覚言語障害者情報文化センター
〒453-0053 名古屋市中村区中村町7丁目84番地の1
FAX: (052)413-5853 TEL: (052)413-5885
メール: chogen@meishinren.or.jp ホームページ: <http://www.meishinren.or.jp/>

利用時間: 月・木・金 9時00分～20時30分 / 火・土・日・祝日 9時00分～16時30分
休館日: 毎週水曜日、年末年始、臨時休館日 ※水曜日が祝日の場合は開館いたします。

事務局	

FAX : 052-413-5853

※番号のおかけ間違いのないようご注意ください。

派遣地付近見取図

派遣地への交通機関利用方法