

越谷市手話通訳者・要約筆記者派遣申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 越谷市社会福祉協議会会長宛

ふりがな 依頼者名			
TEL	048-	FAX	048-
住所	343- 越谷市		
派遣日	令和 年 月 日 ()		
派遣場所			
住所		TEL	
時間	午前 午後	時 分 ~	午前 午後
内容			
待合せ 場所		待合せ 時間	午前 午後
希望する 派遣	ご希望の派遣の番号に○を付けてください。 ①手話通訳者 要約筆記者 (②ノートテイク ③OHC)		
備考			

※この個人情報 は 当事業の目的以外に使用することはありません。

越谷市手話通訳者・要約筆記者派遣事務所

住所：越谷市越ヶ谷 4-1-1 こばと館内 TEL/FAX：048-966-4593

E-mail：syuwa@koshigaya-syakyō.com