2021.4. 1

（あて先）高崎市長

手 話 通 訳 者 派 遣 申 請 書

令和　　年　　月　　日（　　）

申請者	氏　名	（　　才）	用　件
	住　所		
	F A X		
派遣日時		令和　　年　　月　　日（　　）　午前 午後　　時　　分～　　時　　分	
派遣場所	名　称		待ち合わせ
	住　所		
連絡事項			

※ 派遣内容に関する案内文などありましたら添付してください。

ここから下は記入しないでください。

事務処理欄

□受信確認　　□通訳依頼　（　　）　□通訳決定

【申込み・問合せ】ばる～ん高崎（高崎市障害者支援 SOS センター）

〒370-0829　高崎市高松町 5 番 28　高崎市総合保健センター2 階
TEL０２７－３２５－０１１１　FAX０２７－３２５－０１１２
（手話通訳者派遣事業専用）E-mail　shuwa@city.takasaki.gunma.jp