

様式第1号（第7条関係）

富士見市手話通訳者派遣事業利用申込書

年 月 日

（宛先） 富士見市長

申込者 住所

氏名

（法人その他の団体にあつては、主たる事務所の所在地及び名称並びに代表者氏名）

下記のとおり手話通訳者派遣事業を利用したいので、富士見市手話通訳者派遣事業実施要綱第7条の規定により申し込みます。

記

派遣対象者	住所		FAX番号	
	氏名		年齢	歳
派遣希望日	年 月 日（ 曜日）			
派遣時間	午前・午後 時 分から午前・午後 時 分まで			
派遣場所				
派遣内容				