

要約筆記者派遣申請書・依頼書

FAX送信先：(097) 556-0556

(社福)大分県聴覚障害者協会 〒870-0907 大分市大津町1丁目9番5号

TEL：(097) 551-2152

申込日時 月 日 時 分

1	氏 名			
2	ファックス番号			
	携帯番号・アドレス ※緊急時に使います			
3	派遣年月日	年	月	日 ()
4	派遣場所			
5	派遣時間	(午前・午後)	時 分	～ 時 分頃まで
6	待ち合わせ	場 所 ()		
		時 間 ()		
7	通 訳 内 容	①病院 () ②住居 () ③警察 () ④会議、研修会、講演会 () ⑤スポーツ () ⑥運転免許 (免許更新・安全学校・交通事故・その他) ⑦自動車学校 (学科・実技・仮免許・本免許・その他) ⑧学校 (PTA・入学式・卒業式・その他) ※良ければ学校からの案内文書等をファックスしてください。 ⑨その他 ()		