

西東京市手話通訳派遣依頼書

令和 年 月 日

利用者 (自分の氏名・住所・ F A X 番号)	(氏名) (住所) (F A X)
派遣日時 (通訳をする日時)	(日程) 令和 年 月 日 曜日 (時間) 午前 時 分 から 午後 午前 時 分 まで 午後
派遣内容 (何の通訳ですか?)	
派遣場所 (通訳をする場所)	(名称) (住所)
待ち合わせ時間	午前 時 分 午後
待ち合わせ場所	
手話通訳者の希望	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 市の登録通訳者を希望する <input type="checkbox"/> 東京手話通訳等派遣センターの手話通訳者を希望する ※ご希望に添えない場合がございますのでご了承ください
その他 連絡事項	

※緊急の場合を除き、利用日の5日前までに送ってください

西東京市障害福祉課障害者支援係
意思疎通支援事業担当
FAX : 042 - 466 - 9666