

手話通訳・要約筆記派遣申込書 (太枠内にご記入ください)

申込者氏名		TEL/FAX	
〒	堺市	区	町
派遣を必要とする日			
		年	月 日 ()
派遣時間			
午前・午後		時 分	～ 午前・午後 時 分
派遣場所		待ち合わせ時間	
		午前・午後 時 分	
住所		待ち合わせ場所	
TEL		FAX	
内容(資料があれば添付してください)			

堺市立健康福祉プラザ 聴覚障害者センター
 〒590-0808 堺区旭ヶ丘中町4丁3番1号 TEL 275-5024 FAX 243-2222
 ※受付時間 9:00～17:30 (日・祝休)
 FAXは24時間受信できますが、受付確認等、返信は翌日になります。

手話通訳・要約筆記派遣申込書 (太枠内にご記入ください)

申込者氏名		TEL/FAX	
〒	堺市	区	町
派遣を必要とする日			
		年	月 日 ()
派遣時間			
午前・午後		時 分	～ 午前・午後 時 分
派遣場所		待ち合わせ時間	
		午前・午後 時 分	
住所		待ち合わせ場所	
TEL		FAX	
内容(資料があれば添付してください)			

堺市立健康福祉プラザ 聴覚障害者センター
 〒590-0808 堺区旭ヶ丘中町4丁3番1号 TEL 275-5024 FAX 243-2222
 ※受付時間 9:00～17:30 (日・祝休)
 FAXは24時間受信できますが、受付確認等、返信は翌日になります。