

様式 1

受付日 令和 年 月 日

課長	係長	係

南 城 市 長 殿

手話通訳者・手話奉仕員・要約筆記奉仕員派遣 申込書

社会福祉法人
沖縄県身体障害者福祉協会 殿

上記の派遣事業要領に基づき〈手話通訳・要約筆記〉を下記のとおり申し込みします。

申込者名 (団体名)	担当者名(申込責任者)	
住 所	南城市	
連 絡 先	電 話	FAX
派遣日時	令和 年 月 日 (曜日) 午前 午後 時 分～ 時 分 〔集合待ち合わせ： 時 分〕	
派遣場所 (会場)	住所： TEL	
派遣内容 (大会名等)		
備 考 要件を簡単に 書いて下さい	※参考資料(チラシや案内通知等)がありましたら一緒に FAXして下さい。	〈要約筆記の方法〉 *要約筆記方法に〇して下さい 1. ノートテイク 2. OHP 3. OHC

申 込 先 南城市役所 生きがい推進課 (障がい福祉係)
 沖縄県 南城市佐敷字新里1870
 TEL 098-917-5341 FAX 098-917-5427
 受付時間 8:30~17:00 (月曜日~金曜日) ※土日・祝祭日・年末年始は休み

※受付時間外(急病や事故等)の場合の連絡先

社会福祉法人 沖縄県身体障害者福祉協会 八重瀬町仲座1038-1番地
緊急用の携帯 090-3793-0484 メールアドレス 3793-0484@ezweb.ne.jp

■協会記入 上記の申込みについて、下記の者に依頼してよろしいでしょうか。

決 裁 月 日	派 遣 者			
	事務局長	業務課長	係	備考
処 理	個人 ・ 団体契約	内 訳	(1)医療・保健 (2)司法 (3)社会生活 (4)労働・雇用 (5)教育・保育 (6)福祉推進・社会参加活動 (7)その他	