

盲ろう者通訳・介助員派遣事業

派遣依頼書

平成 年 月 日

一般社団法人 北海道身体障害者福祉協会 会長 様  
(事務局FAX番号：011-251-0858)

次のとおり、盲ろう通訳・介助員の派遣を依頼します。

派遣希望日時						
平成	年	月	日	曜日	時	分から
平成	年	月	日	曜日	時	分まで
派遣場所						
派遣事由						
※ 通訳・介助の際に注意すべき事項 ※						
北身協 記入欄						

依頼（利用）者 (登録No. )

代筆者 氏名

住所 (TEL : )

※依頼者との関係