

手話通訳者派遣依頼書

本様式は、インターネットから派遣依頼が利用できない場合に、FAXで依頼をするための様式です。

インターネットで派遣依頼をする場合には、右のQRコードから町田市ホームページにアクセスしてください。



町田市ホームページQRコード

申込日 年 月 日

依頼者	名前	
	住所 (所在地)	
	FAX	
	電子メール	(任意)

○ 下記の用件のため、手話通訳者の派遣を依頼します。

用件		
派遣日時	月 日 () 時 分 ~ 時 分	
待合せ時刻	時 分	
派遣場所	名称	
	所在地	
待合せ場所		

※ 以下は記入しないでください。

通訳者氏名	
-------	--

受付印	受付番号

障がい福祉課 FAX:050-3101-3638

(24時間自動受信ですが、担当者の処理は開庁日の8時30分～17時となります。)

☆ 手話通訳の派遣依頼は、原則として派遣日の4日前までに行ってください。
※依頼日から派遣日まで土日祝日を挟む場合などに、通訳者の派遣ができないことがあります。