

手話通訳派遣申込書

平成 年 月 日

お名前	
住 所	
F A X / T E L	
日 時	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分から 時 分
場 所	
内 容	
待ち合わせ	午前・午後 時 分 場所
通訳希望者	
その他	

○派遣場所・・・県内どこでも派遣します

○申 込・・・早めに申しこんでください(無料)

茨城県立聴覚障害者福祉センター「やすらぎ」

F A X 0 2 9 - 2 4 7 - 1 3 6 9

T E L 0 2 9 - 2 4 8 - 0 0 2 9

○休館日・・・月曜午後・火曜日・祝日・年末年始