

手話通訳者派遣申請書

年 月 日

一般社団法人奈良県聴覚障害者協会
理事長 村上 武志

団体名 代表者名						
連絡先	〒 _____					
担当者	TEL: _____ FAX: _____					
派遣内容	MAIL: _____					
派遣日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分					
派遣場所	<input type="checkbox"/> 連絡先に同じ <input type="checkbox"/> 別(_____)					
派遣人数	_____ 人 (派遣内容・通訳時間により変更の場合あり)					
待ち合わせ	時間: _____ 時 分 (基本は派遣実施時間30分前)		場所: _____ 相手: _____			
見積書	<input type="checkbox"/> 要 (FAXにて送付のち請求書と同送 / 派遣実施前に送付) <input type="checkbox"/> 不要					
請求書	送付先: 〒 _____ 宛名: _____					
確認事項	資料の有無		駐車スペース		服装指定	
	有 / 無		有 / 無		有 (_____) / 無	
事務処理欄	決定通知書 (依頼者)	決定通知書 (通訳者)	資料送付		連絡書	取消
	/	/	/		/	/
	受理	見積書	請求書	処理	所長	担当者
		/	/			