

様式第1号(第6条関係)

時津町手話通訳者等派遣事業利用者登録申請書

年 月 日

時津町長 様

申請者 住所 時津町 郷 番地
氏名
利用者との続柄()

手話通訳者等派遣事業を利用したいので、次のとおり登録を申請します。

ふりがな					
利用者氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
利用者住所	〒 ー 時津町 郷 番地				
障害の程度	身体障害者手帳番号	県(市) 第 号			
	交付年月日	年 月 日			
	総合等級	種 級			
	障害名				
連絡先	電話 ()				
	F A X ()				
	メールアドレス	パソコン			
		携帯電話			
	緊急連絡先 氏名 電話 ()				
備考					