

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 (印)
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	〒 一 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						