

えどがわくしゅわつうやくしゃはけんいらいしょ
江戸川区手話通訳者派遣依頼書

依頼日 年 月 日

【依頼先】

一般社団法人

江戸川ろう者協会

江戸川聴覚障害支援センター

F A X 03-6661-3003

電 話 03-6661-3255

eメール int@edodeaf.com

以下の1～6まで記入をして、依頼先にFAXしてください。
なお、メールでも依頼することができます。
メールで依頼する場合は1～6の内容をもれなく送信してください。
依頼したい日が決まりましたら、早めに依頼をしてください。
直前の依頼の場合、対応できないことがあります。

1	日時	月	日 ()	時	分	～	時	分
2	待ち合わせ時間 時 分							
3	派遣場所 (地図がありましたら添付して下さい。)							
	派遣先名 _____							
	住所 _____							
	電話番号 _____							
4	待ち合わせの場所 (できるだけくわしくお願いします。地図がありましたら添付して下さい。)							
5	通訳内容 (行事等で資料のある場合は添付して下さい。)							
6	名前 _____				FAX _____			
	住所 江戸川区 _____							

以下、依頼者は書かないで下さい。

派遣の可否

通訳者氏名

派遣可能です / 派遣不可です 《

》