年　　　月　　　日

長崎市手話通訳者派遣依頼書

長崎市障害福祉課長　様

以下のとおり、手話通訳者の派遣について依頼いたします。

１　依頼日時　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日(　　　　)

時　　　　分　～　　　　時　　　　分

２　依頼場所

３　対象者　　　住　　所：

氏　　名：

生年月日：

連絡先　：

４　依頼目的