

手話通訳派遣申込書

記入日 年 月 日

氏名		
連絡先	FAX E-Mail	登録番号
派遣月日	年 月 日 ()	
派遣時間	午前・午後 時 分 ~	
派遣場所		
内容 (病院の場合、 〇〇科など詳細)		
待ち合わせ 場所		
備考		

申し込み先 墨田区手話通訳等派遣事務所

TEL / FAX 03 (5600) 3030

E-Mail shuwa01@sumida-ganba-work.com