豊中市 派遣依頼申込書(紹介用)		年 月 日 発信 障害福祉センターひまわりへ Mail himawari@city.toyonaka.osaka.jp FAX 06-6866-0811 (土・日・祝日はお休みです)
手話通訳者	どちらかに○を してください。	
要約筆記者		

※ 1ヶ月前までに“ひまわり”に申し込み(メールまたはFAX)をしてください。

申込日	年 月 日 ()	申込者名 ()
団体・企業名		
住所	〒	
連絡先	TEL:	FAX:

《依頼内容》

月 日	年 月 日 ()	
時 間	※ ₁ 集合時間:	開始および 終了時間 : ~
場 所	※ ₂ 集合場所:	
	通訳場所:	
住 所	〒	
行事名		
内 容		
人 数	手話 : 午前()名・午後()名 / 要約 : 午前()名・午後()名	
資料など		

※₁ 集合時間は打ち合わせ時間を含めた時間をご記入ください。

※₂ 集合場所は具体的(入口、受付、会場前など)にご記入ください。

《問い合わせ先》
 〒561-0854
 豊中市稲津町1-1-20
 豊中市立障害福祉センターひまわり
 FAX 06-6866-0811
 TEL 06-6866-1011
 MAIL himawari@city.toyonaka.osaka.jp