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 FAX　**06－6866－0811** （土・日・祝日はお休みです）
手話通訳者	どちらかに〇をしてください。	
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