

手話通訳申込書

令和 年 月 日

海田町長様
(社会福祉課)

(申込者) 住所 _____
氏名 _____
電話 _____
FAX _____
メール _____

次のとおり手話通訳を申し込みます。

希望日時	令和 年 月 日 (木) 時 分 ~ 時 分
通訳の内容	(例:住民票の取得,介護保険の申請など)
その他 (注意してほしいこと,希望等)	

※原則希望日の5日前に提出してください。先に予約がある場合、時間調整をお願いする場合があります。

※当日対応も可能ですが、予約優先(先着順)となります。

※当日受け付けは15時30分までとなります。

※申し込みなく来庁された場合、お待たせすることがあります。なるべく事前に申し込みをお願いします。

※メールで申し込まれる場合、必要事項が書いてあれば、この様式でなくても構いません。

申し込み先:海田町 社会福祉課

(〒736-8601 海田町南昭和町14番17号 TEL 082-823-9207)

FAX 082-823-9627 E-mail hukushi@town.kaita.lg.jp