

議会事務局総務秘書課		
課長	係長	書記

下記のとおり申請してよろしいか。

様式2号

手話通訳者派遣申請書	可・否
福岡市聴覚障がい者情報センター 御中	
平成 年 月 日	
1. 氏名 _____	
2. 住所 _____	
3. 派遣希望場所 福岡市中央区天神1丁目8番1号 福岡市議会議場傍聴席（福岡市役所15階） （担当：福岡市議会事務局総務秘書課 TEL711-4743 FAX733-5869）	
4. 派遣希望日時 平成 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分	
5. 通訳内容 福岡市議会本会議傍聴通訳	
6. 連絡事項 〔 _____ 〕	
※あなたへの連絡方法	
1. 電話（自宅・呼出・職場）（ _____ ）	
2. FAX番号（ _____ ）	
3. その他（ _____ ）	
派遣通訳者名	