

手話通訳派遣申込書

申込日 平成 年 月 日

氏名			
連絡先	FAX E-Mail	登録番号	
派遣月日	平成 年 月 日 ()		
派遣時間	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分		
派遣場所			
通訳用件			
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 (5 6 0 0) 3 0 3 0

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