

担当	主任	センター長

様式第3号

## 北九州市盲ろう者通訳・ガイドヘルパー派遣依頼書

下記のとおり、盲ろう者通訳・ガイドヘルパーの派遣を依頼します。

※ 依頼者は、太枠内のみ記入してください。

依頼日 令和 年 月 日

依頼者	氏名			
	住所	電話		
		FAX		
派遣日時	令和 年 月 日 ( )	時 分	~	時 分
派遣場所		住所		
		電話		
派遣内容				
待合せ場所		待合せの 目印		
待合せ 時間	時 分			
代筆者		依頼者との 関係		

※下記の者が決定しましたので、ご連絡します。

受付日	令和 年 月 日	受付者	
派遣者 氏名			
その他 連絡事項	依頼者への連絡日		
	令和 年 月 日		

北九州市立西部障害者福祉会館  
北九州市立聴覚障害者情報センター  
盲ろう者通訳・ガイドヘルパー 派遣係

TEL 093-645-1216 FAX 093-645-3335