

第 1 号様式（第 4 条関係）

昭島市手話通訳者等派遣事業利用登録申請書

年 月 日

（宛先）昭島市長

申請者 住 所
氏 名

昭島市手話通訳者等派遣事業運営要綱第 4 条の規定により、昭島市手話通訳者等派遣事業の利用について、下記のとおり申請します。

記

氏 名		
住 所		
生 年 月 日		
連 絡 先	F A X 番 号	
	メー ル ア ド レ ス	
上記の内容について、昭島市手話通訳者等派遣事業の委託事業者に伝えることを同意します。 氏名		

※申請の際は、身体障害者手帳の写しを添付してください。