


**手話通訳・要約筆記派遣申込書**

長野市聴覚障害者センター所長 様

申 込 日           年       月       日  
団 体 名

担当者氏名  
住 所  
電 話  
F A X

依頼内容	手話通訳	要約筆記
イベント名		
依頼期日	年       月       日 (       )	
依頼時間	[当該イベントの時間]       :       ~       :	
会 場		
通訳者との待合せ	[時間]       :	[場所]
映像配信	あり       ・       なし  アーカイブに保存	あり       ・       なし
備 考		

※この用紙は、ご依頼者様（企業・団体・官公庁等）に通訳料をご負担いただく場合の通訳派遣申込書です。

※開催要項、案内チラシ等、上記内容に関する資料を合わせてお送りください。  
詳細については改めて相談させていただきます。

〈申込み・問合せ先〉

長野市聴覚障害者センター「デフネットながの」  
長野市鶴賀 276-10 長野市障害者福祉センター内  
電話 026-229-5557  
ファクス 026-229-5558  
メール [deaf-n-n@mx2.avis.ne.jp](mailto:deaf-n-n@mx2.avis.ne.jp)