

手話通訳者派遣報告書

三木町長 様

実施日	年 月 日（ 曜日）		
申請者			
時間	拘束時分～時分 実働時分～時分	（ 時間 分）	
場所			
交通手段 運賃	バス（ × ） 電車（ × ） JR（ × ） 自家用車（往復 km） 自転車 徒歩 合計 _____ 円		
通訳内容			
通訳過程 ・ 打ち合わせ内容 状況 ・ 現場の 対応状況 ・ 疑問点な どを記入し て下さい。			
引き継ぎ			
通訳者名	印	電話番号	

通訳終了後、速やかにご提出下さい。

送付先

〒761-8074 高松市太田上町 405-1
香川県聴覚障害者福祉センター

TEL 087-868-9200 FAX 087-868-9201