

# 西東京市手話通訳派遣依頼書【議会傍聴用】

令和 年 月 日

利用者 (自分の氏名・住所・ FAX番号)	(氏名)  (住所)  (FAX)
派遣日時 (通訳をする日時)	(日程) 令和 年 月 日 曜日  午前 時 分から (時間) 午後 時 分まで 午前 時 分まで 午後
派遣内容 (何の通訳ですか?)	*手話通訳を希望する会議を○で囲んでください。 本会議 委員会：企画総務 / 文教厚生 / 建設環境 / 議会運営 予算特別 / 決算特別 その他 ( )
派遣場所 (通訳をする場所)	(名称) <b>西東京市役所 田無庁舎 議会棟</b>  (住所) <b>(西東京市南町5-6-13 議会事務局FAX:042-469-4058)</b>
待ち合わせ時間	午前 時 分 午後
待ち合わせ場所	
依頼先	東京手話通訳等派遣センター
その他 連絡事項	

※緊急の場合を除き、利用日の5日前までに送ってください

西東京市障害福祉課障害者支援係意思疎通支援事業担当 **FAX : 042 - 466 - 9666**

西東京市議会事務局 **FAX : 042 - 469 - 4058**