

佐世保市盲ろう者向け通訳・介助員登録申請書

年 月 日

佐世保市福祉事務所長 様

申請者 住 所

氏 名

次のとおり、盲ろう者向け通訳・介助員として登録申請します。

ふりがな	
氏 名	
住 所	(〒 —)
連絡方法 (電話番号、FAX等)	
生年月日	年 月 日 (才)
職 業	
通訳者として業務可能な時間（該当する項目すべてに○印）	
1 平日 （昼間 ・ 夜間 ） 備考	
2 土曜日 （昼間 ・ 夜間 ） 備考	
3 日曜日又は休日 （昼間 ・ 夜間 ） 備考	
※ 特記事項があれば、各項目の備考欄に記入して下さい。	
通訳者として業務可能な内容（該当する項目すべてに○印）	
1 手話（対面） 2 触手話 3 手書き 3 音声 4 指点字 5 筆記	