

第 1 号様式(第 5 条関係)

年 月 日

大垣市長 様

大垣市手話通訳者等派遣登録書

次により通訳者等派遣登録をします。

登録 申込 者	フリガナ			
	氏 名			
	性 別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	住 所			
	TEL	FAX		
身体障害者 手帳番号	県 第 号			
障害等級	級			
障害状況	聴覚障害 ・ 言語機能障害			
家族状況				
氏 名	生年月日	続柄	備考	
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			

※氏名・住所等変更がある場合は、速やかに登録書類を提出ください。