

送付先：秋田県庁保健・疾病対策課 あて

FAX 018-860-3821

手話通訳・要約筆記申込書

申 込 日	
申 込 者	
住 所 (市町村のみで可)	
F A X	
電 話	
希望日時①	令和 年 月 日 () 時 分 ~
希望日時②	令和 年 月 日 () 時 分 ~
希望日時③	令和 年 月 日 () 時 分 ~
通訳の種別	①手話通訳 ②要約通訳 (・ノート ・PC)
そ の 他	