

大阪狭山市手話通訳者等登録申請書

年 月 日

（あて先）大阪狭山市福祉事務所長

手話通訳者等として登録を申請します。

フリガナ			性別	生 年 月 日				
氏 名			男・女	年 月 日				
住 所	(Tel)							
緊急時の連絡先	(携帯) (FAX) (メールアドレス)							
登録区分	手話通訳者 ・ 要約筆記者							
活動歴								
資格等								
活動内容等								
※ 業務に従事できる時間帯に○印をつけてください。								
区 分	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝 日
午前								
午後								
夜間								
(その他時間)								
備 考（条件等あれば記入してください。）								