

別記様式

手話通訳申込書

年 月 日

高知県議会議長 様

申 請 者（傍聴者本人・代理人）

住 所 _____

氏 名 _____

連絡先（電話・FAX・e-mail）

高知県議会を傍聴したいので、次のとおり手話通訳者の配置を申し込みます。

傍聴予定日	平成 年 月 日
時 間	時 分 ~ 時 分
傍 聴 される方 全員の氏名	

(注意事項)

- ※ 申し込み期限は、傍聴予定日の5日前まで（休日を除く）ですが、期限後であっても配置可能な場合がありますので、下記までお問い合わせください。
- ※ e-mailによる申し込みは、上記の内容をすべて記載してあれば、様式は問いません。なお、件名には、「手話通訳申し込み」と記載してください。
- ※ 連絡先には、昼間(8:30~17:00)の連絡先の電話・FAX番号またはメールアドレスを記入してください。
- ※ 申し込みをされても、通訳者の都合等により配置できない場合があります。
- ※ 傍聴の予定日時等の変更が生じた場合は、速やかにご連絡ください。

(申し込み先)

〒780-8570

高知市丸ノ内1丁目2-20

高知県議会事務局 議事課

電 話 088-823-9534

FAX 088-872-8411

e-mail 210101@ken.pref.kochi.lg.jp