

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

五所川原市意思疎通支援者登録申請書

五所川原市長

氏名

印

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
住所			
電話番号			
FAX 又は E-mail			
業務内容			
(都道府県)登録の有無	有 (都道府県名)	無	
手話通訳者・要約筆記者の資格			
活動できる曜日・時間			
他自治体への登録情報の提供	同意 ・ 不同意		
その他特記事項			

別紙

登録者現況届

平成 年 月 日

フリガナ			性別	生年月日					
氏名				() 歳					
住所	〒 —								
電話	(市外局番)			F A X		(市外局番)			
携帯				携帯メールアドレス					
連絡方法	自宅		電話 (可 ・ 否)			F A X (可 ・ 否)			
	携帯・メール		可 (時間帯) ・ 否						
活動可能 日・時間 ○：可 ×：否 △：随時		月	火	水	木	金	土	日(祝)	その他
	8：30～12：00								
	12：00～18：00								
	18：00～22：00								
	22：00～ 5：00								
	5：00～ 8：30								
交通手段	活動には、主に () 公共交通機関を利用 ・ () 最寄りのバス停・駅名 () () 自家用車を使用 ・ () その他								
活動費 振込先	銀行		本店 ・			支店			
	口座番号 (普通) No								
	フリガナ								
	名義								
※その他の特記事項									

※郵送又は FAX で提出してください。(FAX) 0173-35-9901