手話通訳申込書・取消届出書

年　　月　　日

大井町議会議長　様

申込者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　大井町議会手話通訳実施要綱第３条（第４条）の規定により、次のとおり申し込みます（届け出ます）。

|  |  |
| --- | --- |
| 傍聴予定会議名 |  |
| 傍聴予定日 | 年　　月　　日（　　　曜日） |
| 傍聴予定時間 | 　　時　　分　から　　　時　　分まで |
| 傍聴者人数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 連絡方法(いずれか１つ以上記入して下さい。) | 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅメール |  |
| 変更・取消理由 |  |

　※ 原則として傍聴希望日の７日前（閉庁日を除く）までに提出してください。（ＦＡＸ、Ｅメールでも可）

　※ 手話通訳者が手配できない場合は、お断りする場合があります。

　※ 事務の遂行に必要な限度において、関係機関等に対し申込内容を提供する場合があります。

　※ 申込内容の変更又は取消しを行う場合は、速やかにご連絡ください。

【提出先】　議会事務局　電　話：0465-85-5000　ＦＡＸ：0465-83-3936

　　　　　　　　　　　　Ｅメール：gikai@town.oi.kanagawa.jp