

別記様式第1号（第3条）

手 話 通 訳 申 請 書

平成 年 月 日

長 崎 県 議 会 議 長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

連絡先（ 電話 ・ FAX ）

※いずれかに○をし、御記入ください。

会議を傍聴したいので、次のとおり手話通訳を申請します。

| | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1 傍聴予定日 | 平成 年 月 日（ ） |
| 2 傍聴予定時間 | 時 分から 時 分まで |
| 3 傍聴予定者数 （同伴者を含めた人数） | 手話通訳者を希望する者 人 （同伴者を含めた人数 人） |
| 4 そ の 他 | |

【注意事項】

- ※ 申請期限は、傍聴希望日の5日前まで（閉庁日を除く）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。
- ※ 連絡先には、昼間（9：00～17：00）に対応可能な番号を記入してください。
- ※ 申請をされても、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（遅くとも傍聴予定日前日の午前中まで）ご連絡ください。

【申請先】 〒850-8570 長崎市尾上町 3-1

長崎県議会事務局総務課

電 話 095-894-3622

FAX 095-824-3094