（別紙１）

手 話 通 訳 申 込 書

令和　　年　　月　　日

（宛先）

　　　旭川市議会議長

　　　 　住　所

申込者

氏　名

　　　　電話　 -

連絡先

　　　 FAX -

　旭川市議会の本会議を傍聴したいので，次のとおり手話通訳を申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 傍聴予定日 | 令和　　年　　月　　日　（　 ） | | | |
| 傍聴希望時間 | 午前・午後　　時　　分から  午前・午後 時　　分まで | | | |
| 傍聴希望者 | 住　所 |  | | |
| 氏　名 |  | 年　齢 |  |
| 連絡先 | （電話　　- 　　　FAX 　 -　　　　） | | |

※　傍聴予定日の３日前までにお申し込みください。

　※　申込書は，次のいずれかに送付してください。

○ 旭川市議会事務局議会総務課（25-6380 FAX 24-7810)

070-8525 旭川市７条通９丁目

○ 一般社団法人旭川ろうあ協会（45-0757 FAX 45-0760)

078-8391 旭川市宮前通１条３丁目３番７号

旭川市障害者福祉センターおぴった３階