（様式第７号の２）

　　年　　月　　日

群馬県聴覚障害者ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝﾌﾟﾗｻﾞ館長　様

○○市町村長等

手話通訳者派遣キャンセル申請書

下記について、手話通訳者の派遣をキャンセルします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣申請者 | 氏　名(団体名) |  | 年齢(年代) |  |
| 派遣日時 | 　　年　　月　　日　　曜日　　時　　分　～　　時　　分 |
| 派遣場所 | 名称：住所： |
| 備考 |  |

担当部署：

担当者名：

電　　話：

F A X：