現 況 変 更 届

年　　　月　　　日

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課長　様

この度、下記のとおり現況に変更がありましたので、届け出ます。

【氏名】

※氏名の変更があった方は、変更前の氏名を記入してください

【登録区分】　　手話通訳者　・　手話奉仕員　・　要約筆記者　・　要約筆記奉仕員

※該当するものに〇をつけてください

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 自　　宅 | 住所：〒　　　　- | | | | | | |
| 固定電話： | | | | | | |
| ＦＡＸ： | | | | | | |
| 携帯電話： | | | | | | |
| 携帯ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： | | | | | | |
| ﾊﾟｿｺﾝ等ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： | | | | | | |
| 資料送付方法  優先順位を  ご記入ください | | 郵送 | FAX | 携帯メール | パソコン等  メール | その他 |
|  |  |  |  | （　　　　　　　） |
| 緊急連絡先  優先順位を  ご記入ください | | 携帯電話 | 固定電話 | 職場 | その他 | |
|  |  |  | （　　　　　　　　　　　　） | |
| ↓緊急時等にご連絡させていただくことがあります。ご了承いただける方はご記入ください。 | | | | | | | |
| 職　　場 | 社名等： | | | | | | |
| 住所： | | | | | | |
| 電話： | | | | | | |
| ＦＡＸ： | | | | | | |
| ﾊﾟｿｺﾝ等ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 活動可能な  曜日・時間帯  可能なものに  ○してください | 曜　日 | 月 　　火 　　水 　　木　 　金　 　土 　　日 　　祝日 | | | | | |
| 時　間 | 午前　　　　　午後　　　　　夜間 | | | | | |
| その他 |  | | | | | |
| 保有資格　※派遣時のコーディネートの参考とさせていただきます。差し支えなければご記入ください。  　例）保育士、栄養士、簿記など | | | | | | | |
| 備考欄 | | | | | | | |

変更のあった箇所について、**変更後**の情報を記入してください。（変更のない箇所は記入不要です。）