

様式第5号

新潟県盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業
登録取消・変更届出書（通訳・介助員用）

令和 年 月 日

社会福祉法人 新潟県身体障害者団体連合会 様

登録番号 _____

氏 名 _____ 印

新潟県盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業実施要綱第6条第6項に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

- 1 届出内容 (取消 ・ 変更)
- 2 届出理由 ()
- 3 変更内容
(氏名（ふりがな）・住所・電話・FAX・所属サークル・その他)

変更前	変更後

※ **登録の取消し**及び氏名、住所の変更の場合は、新潟県盲ろう者向け通訳・介助員登録証を添付すること。