

様式第 7 号（第 1 0 条関係）

廿日市市意思疎通支援者派遣申請書

年 月 日

廿日市市長 様

申請者 住所 廿日市市
氏名
F A X 電話

次のとおり意思疎通支援者の派遣を申し込みます。

派遣希望日時	令和 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで
派遣種別	手話通訳 ・ 要約筆記（ 手書き ・ P C ）
通訳の場所	
通訳の内容	
待ち合わせたい 時間と場所	午前・午後 時 分に 場所は で待ち合わせたい。
申請書提出者	☐ 申請者に同じ ☐ 代行 氏名 続柄 連絡先（電話番号等）
その他、連絡したいこと・希望することがあれば、記入してください。	

＜お願い＞ 派遣を希望する日の、3 日前までに申し込んでください。
申込先：〒738-8512 廿日市市新宮一丁目 1 3 番 1 号
廿日市市役所 健康福祉部 障害福祉課
F A X：0829-20-1611 電話：0829-30-9152

ここから下は、記入しないでください。 受付日 / /

派遣の適否	適・否	否の場合はその理由		
通訳者の氏名			確認チェック	
備考欄				

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A 列 4 番とする。