

様式第7号（第10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	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 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13番1号  
廿日市市役所 健康福祉部 障害福祉課  
F A X : 0829-31-1999 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。