

年 月 日

新居浜市意思疎通支援者派遣申請書

（宛先）新居浜市長

住 所

申請者 氏 名

F A X ・ 電 話 （ ） -

次のとおり意思疎通支援者（手話通訳者・要約筆記者）の派遣を申請します。

派 遣 日 時	年 月 日 ( )			時 分 から 時 分 まで		
派 遣 場 所 (待ち合わせ場所)	名 称					
	住所 (所在地)					
	待ち合わせ時間	時 分				
派 遣 対 象 者	氏 名					
	住 所					
	F A X ・ 電 話					
	E - m a i l					
	身体障害者手帳	県 第 号	等 級	種 級		
派 遣 内 容	<input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> 教育関係 <input type="checkbox"/> 福祉関係 <input type="checkbox"/> 日常生活 <input type="checkbox"/> 警察・裁判 <input type="checkbox"/> 職業関係 <input type="checkbox"/> 大会・会議・団体 <input type="checkbox"/> 住居関係 <input type="checkbox"/> その他 詳細【 <span style="float: right;">】</span>					
特 記 事 項						
備 考						

注

- 1 派遣内容の概要、参考資料等があれば添付してください。
- 2 団体に申込みする場合は、特記事項に派遣対象の聴覚障がい者等の人数を記載してください。
- 3 団体行事等について申し込む場合は、通訳配置図及び資料を添付してください。