

見本（個人）

新居浜市意思疎通支援者派遣申請書

（宛先）新居浜市長

家族や支援者の申請でもかまいません。

住 所 新居浜市 町

申請者 氏 名

F A X ・ 電 話

どちらかに印を付けてください。

会の開始時間や、病院の予約時刻など。

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

派遣日時	R 3 年 8 月 1 0 日（水）				10時	15分から
					12時	00分まで
派遣場所 （待ち合わせ場所）	名称					
	住所（所在地）	町 -				
	待ち合わせ時間	10時 00分				
派遣対象者	氏名					
	住所	同上				
	F A X ・ 電 話					
	E - m a i l					
	身体障害者手帳	愛媛県第	号	等級	1種1級	
派遣内容	医療関係	教育関係	福祉関係	日常生活		
	警察・裁判	職業関係	大会・会議・団体			
	住居関係	その他	詳細【			
特記事項						
備考						

打ち合わせに必要な時間を含めた待ち合わせ時刻。

申請者と派遣対象者が同じ場合は、氏名・住所・連絡先の記入の必要はありません。

該当箇所に✓を入れ、詳細の欄に内容の記入をお願いします。

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 団体で申込みする場合は、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。