

様式第1号 (第8条関係)

燕市手話通訳及び要約筆記派遣申請書

申請日 令和 年 月 日

燕市長様

下記のとおり、手話通訳及び要約筆記の派遣を申請します。

申請者	住所： 燕市	Fax:
	名前： (才)	* Fax以外で特に事情がある場合のみ記入 Mail等:
依頼	(どちらかに○をつけてください) 1. 通常(事前)      2. 緊急(事後申請：通訳担当名)	
派遣日時	年 月 日 (曜日) (午前・午後) 時 分 ~ (午前・午後) 時 分まで(予定)	
派遣場所	名称:	
	住所:	
	待ち合わせ場所と時間：( 午前・午後 時 分 )	
派遣内容	<input type="checkbox"/> 医療機関(検診)等 <input type="checkbox"/> 福祉関係(公的機関) <input type="checkbox"/> 学校関係 <input type="checkbox"/> 雇用職場関係 <input type="checkbox"/> 会議、集会等・その他    ※具体的に書きください 名称： ( 障がい者等 人 )	
必要人員	手話通訳 人	要約筆記 人 (手書き・パソコン)
連絡事項	*事前に連絡があればお書きください。	

※緊急時を除き、申請はできるだけ約1ヶ月前から1週間前までをお願いします。

(都合により日時の調整をお願いする場合があります)

※当日、連絡なく通訳開始予定時間から30分以上待ってこない時、通訳者等は帰る場合があります。

※詳しくは、下記までお尋ねください。

申請及び 問い合わせ先	燕市社会福祉課 障がい福祉係	Fax: 0256-77-8108
		Tel: 0256-77-8172
*係処理欄	派遣する / 派遣しない(理由: )	