

第1号様式(第5条関係)

年 月 日

(宛先)

見 附 市 長

申請者(派遣対象者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

意思疎通支援者派遣申請書

見附市意思疎通支援事業実施要綱第5条の規定により申請します。

記

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:通訳担当者名)
派遣希望日	年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分から 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分まで (延べ 時間 分)
派遣場所	(待ち合わせ場所)
内 容	<input type="checkbox"/> 公共機関での手続・相談 <input type="checkbox"/> 医療機関での診察、検診 <input type="checkbox"/> 教育や保育の相談 <input type="checkbox"/> 就職や職業の相談等 <input type="checkbox"/> 会議、集会 { 名称: 参加者総数                      人 (うち聴覚障害者等                      人) } <input type="checkbox"/> その他 { }
種 別	<input type="checkbox"/> 手話通訳                      人 <input type="checkbox"/> 要約筆記通訳                      人 ( <input type="checkbox"/> 手書き <input type="checkbox"/> パソコン)
そ の 他 特 記 事 項	