

受付番号	
------	--

手話通訳者・要約筆記者派遣申請書

年 月 日			
<p>(宛先) 茅ヶ崎市長</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住 所.....</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名.....</p> <p style="text-align: center;">F.AX・電 話.....</p> <p style="text-align: center;">身体障害者手帳.....第.....号</p> <p>次のとおり、手話通訳者（通常派遣・遠隔手話サービス）・要約筆記者の派遣を申込みます。</p> <p style="text-align: center;">(いずれかに○をしてください。)</p>			
通 訳 の 内 容	<input type="checkbox"/> 公共機関等 <input type="checkbox"/> 講習会等 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 学校、幼稚園等 <input type="checkbox"/> 就職活動等 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭、地域活動等 <input type="checkbox"/> その他		
	(具体的な内容)		
	(資料) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
派 遣 日 時	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分		
派 遣 場 所			
待 ち 合 わ せ	(時間)   時   分		
	(場所)		
派遣通訳者氏名	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 40px;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: middle;">(收受印)</td> </tr> </table>		(收受印)
	(收受印)		

(注) 太枠内は、記入しないでください。