

第1号様式(第10条関係)

受付番号

手話通訳者・要約筆記者派遣申請書

年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市長

〒

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

FAX・電 話 _____

身体障害者手帳 第 号

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。

(いずれかに○をしてください。)

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	(受取印)

(注) 太枠内は、記入しないでください。