

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	
	F.A.X・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		(収受印)

(注) 太枠内は、記入しないでください。