

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

令和8年 1月 20日

(宛先) 茅ヶ崎市長

〒253-8686

住 所 茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1番1号

申請者 氏 名 茅ヶ崎 太郎

FAX・電 話 81-7159

身体障害者手帳 神奈川県 第 1234567 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 checked="" 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) ○○病院○○科診療のため
	(資料) <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
派遣日時	令和8年2月2日（月） 10時00分～11時00分
派遣場所	○○病院(茅ヶ崎市○○)
待ち合わせ	(時間) 9時50分
	(場所) ○○病院ロビー
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。