年　　月　　日

各市町長 様

意思疎通支援者(手話通訳者)派遣申請書

次のとおり、意思疎通支援者(手話通訳者)の派遣を受けたいので申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | 市・郡　　　　町 |
| 氏名 |  | 性別 | 年齢 |
|  | 歳 |
| 連絡先 | ＴＥＬ | ―　　 　 　―　　　　 |
| ＦＡＸ | ―　　 　 　―　　　　 |
| メールアドレス |  |
| 派遣日時 | 　　　　　年　　　　月　　　　日（　　曜日） |
| 時　　　分から　　　時　　　分まで |
| 派遣場所 |  |
| 派遣内容 |  |
| 通訳方法 | 1.対面　　　　　　　2.遠隔 |
| 待ち合わせ場所 |  |
| 待ち合わせ時間 | 　　　時　　　分 |
| 備考 |  |

（注）1.申請は、遅くても７日前までに出してください。

2.案内チラシや開催要項など派遣内容が分かるものがあれば、

あわせて提出してください。