

送付先：香川県聴覚障害者福祉センター  
FAX：050-3737-2905

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	熱がありますか? ある ( °C) ・ なし				

- (注) 1.申請は、遅くとも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。