

様式第7号（第11条関係）

意思疎通支援者派遣申請書

年 月 日

香川県知事 様

申請者 氏名 ㊟

意思疎通支援者 (手話通訳者・~~要約筆記者~~) の派遣を、次のとおり申請します。

団体又は個人名			
団体の代表者氏名			
住 所	(〒 -)		
電話番号・FAX			
派遣年月日	年 月 日 (曜日)		
派遣予定時間	時 分 ~ 時 分		
通訳の場所			
通訳の内容 (行事の内容)			
待合わせ時間	時 分	待合わせ場所	
派遣対象となる 聴覚障害者数	人	対象聴覚障害者 の居住市町 (わかる範囲で)	
市町で派遣が認められない理由			
その他特記事項			

注1 申請者氏名欄が本人署名の場合、押印の必要はありません。

2 対象聴覚障害者の居住市町欄は、行事出席者名簿等の添付でもかまいません。