

申請先 F A X : 香川県聴覚障害者福祉センター (0 8 7 - 8 6 8 - 9 2 0 1)

様式第 1 号 (第 7 条関係)

年 月 日

(宛先) 高松市長

高松市意思疎通支援者派遣申請書

次のとおり意思疎通支援者の派遣を受けたいので、高松市意思疎通支援事業実施要綱第 7 条第 2 項の規定に基づき申請します。

申請者	住所	高松市 町		
	氏名		男・女	年齢 歳
	連絡先	F A X ・ T E L ー ー		
派遣内容				
派遣日時	年 月 日 (曜日)			
	時 分から 時 分まで (予定)			
派遣場所				
待ち合わせ	場所			
	時間			
備考				

(注) 1 申請は、派遣日の 7 日前までをお願いします。

2 案内書等、派遣内容が分かるものがあれば、併せて提出してください。