第１号様式（第５条・第６条）

手話通訳者等派遣申請書

　　　年　　　月　　　日

　（あて先）印西市福祉事務所長

　　印西市意思疎通支援事業実施規則第５条の規定により、下記のとおり手話通訳者等の派遣を申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏　名 |  | ＦＡＸ 番号 |  |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 通訳の種類 | 　　手話通訳　　　　要約筆記（ノートテイク　OHP　パソコン） |
| 日時 | 　　年　 月 　日（　　）　　 時 　　分から　　　時 　　分まで |
| 派遣先 | 名　　称住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 待合わせ場所時間 | 午前・午後　　　時　　　分　　 |
| 内容 |  |

※太枠内の情報を手話通訳者等の手配時に利用することについて同意いたします。

申請者氏名

　　Ｆ　　Ａ　　Ｘ　０４７６－４２－０３８１ に送信してください。

　　　　　　　　メールアドレス　syoufukuka@city.inzai.chiba.jp

通信欄　　以下には記入しないでください。

　　　　　　　　　　　　　様

①　上記申請を受信しました（　　　月　　　日）

②　申請内容のとおり決定しましたので、通知します（　　　月　　　日）

担当手話通訳者等の氏名