

第8号様式(第12条)

東金市手話通訳者等派遣申請書

年 月 日

(あて先)東金市長

住 所
申請者 氏 名 印
電話番号 ()
FAX番号 ()

東金市コミュニケーション支援事業実施規則第12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

身体障害者手帳番号	第 号
派遣を申請する職種	手話通訳者 要約筆記奉仕員 派遣を申請する職種を で囲むこと。
日 時	年 月 日() 午前 時 分から 午前 時 分まで 午後 時 分から 午後 時 分まで
派遣場所	手話通訳者等の派遣を希望する施設の名称及び所在地
待ち合わせ場所	手話通訳者等と待ち合わせる場所の名称、所在地、目印等
派内遣容	
備考	

注 申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができます。