

様式第1号

長野市手話通訳者・要約筆記者派遣申請書

平成 年 月 日

長野市聴覚障害者センター所長 様

申請者 住 所

氏 名

連絡先 (TEL・FAX)

次のとおり手話通訳者等の派遣を受けたいので申請します。

| | | | |
|---------------------|---|-----------------|----------|
| 希望内容 (いずれかに○) | 手話通訳者 / 要約筆記者 (手書き ・ パソコン) | | |
| 通 訊 日 時 | 年 月 日 (曜日) | 午前 時 分 ~ 午後 時 分 | |
| 通 訊 場 所 の 名 称 | | 通訳者との待合せ | (場所) |
| | | | (時間) 時 分 |
| 通訳者の希望がある場合 | 通訳者名 () ⇒ 通訳者に 確認済 ・ 未確認 ※都合により希望に添えない場合があります。 | | |
| 派遣対象の聴覚障害者等 | (申請者と異なる場合は記入) | | |
| 通 訊 内 容 (いずれかに○) | 1 健康管理に関すること 2 教育に関すること 3 職業に関すること 4 福祉活動に関すること 5 その他 | 具体的な内容 | |
| 備 考 | 注) 用務の内容の分かる書類がある場合は添付してください。 | | |

| | | | |
|---------------------|-------------------------|--|---|
| 派遣の可否 | 派遣の要件に 該当する・該当しない (理由) | | |
| 通訳者等 | | | |
| 上記のとおり決定してよろしいか伺います | 所長 | | 係 |
| | | | |