下松市意思疎通支援者派遣申請書

年　 　月　 　日

次のとおり意思疎通支援者の派遣を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 電　話 | （　　　　　）　　　　－ |
| ＦＡＸ | （　　　　　）　　　　－ |
| E-mail |  |
| 派遣対象の聴覚障害者等 | 氏　名 | □申請者に同じ |
| 住　所 | □申請者に同じ |
| 派遣種別 | □手話通訳　　　　　□要約筆記 |
| ※要約筆記の場合は、希望する通訳方法をご指定ください□手書き　　　　□パソコン（□ノートテイク　□全体投影） |
| 通訳日時 | 年　　 月　　 日　（　　）　　　 |
| 　　　　　　　時　　 分から　　　　時　　 　分まで |
| 通訳場所（待ち合わせ場所） | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 待ち合わせ時間 | 時　　　分 |
| 資料の有無について | 事前に通訳者に渡すべき資料　□有　□無有の場合（　　月　　日頃） |
| 通訳内容 | 具体的な内容 |
| 通訳種別　□生命及び健康の維持増進に関すること□財産、労働等権利義務に関すること□官公庁、学校等公的機関への相談、手続き□その他 |
| その他（通訳者への要望等） |  |