平塚市意思疎通支援者派遣申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

（提出先）

平塚市長

住所

申請者　氏名

FAX・電話　　　　　（　　　）

【任意】電話リレーサービス専用番号を記入いただいた場合、派遣時間に派遣場所で聴覚

障がい者と通訳者が会えない場合、電話リレーサービスを使って状況を確認します。

　０５０（　　　　　　　）

　平塚市意思疎通支援事業実施要綱第１２条の規定により、下記のとおり意思疎通支援者

（□手話通訳者・□要約筆記者）の派遣を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣日時 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　時　　　　分から年　　　　月　　　　日（　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　時　　　　分まで |
| 派遣場所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| FAX・電話 |  |
| 待合せ場所・時間 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　時　　　分） |
| 派遣対象の障がい者 | 氏名 | □申請者と同じ |
| 生年月日 |  |
| 派遣理由及び内容 |  　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| その他 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※講習会、研修会等で資料のある場合は添付してください。

※手話通訳者・要約筆記者の申請は、派遣希望日の7日前（閉庁日は除く）までに申請してください。