

(提出先)
平塚市長

住所 平塚市浅間町9-1

申請者 氏名 平塚 太郎

FAX・電話 0463(××)△△△△

【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	令和8年 4月 15日(水)		10時 00分から 12時 00分まで
派遣場所	名称	平塚〇〇病院	
	所在地	平塚市××9-1	
	FAX・電話	0463(××)××××	
	待合せ場所・時間	1階 総合受付前 (9時 45分)	
派遣対象の障がい者	氏名	☑申請者と同じ	
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	
派遣理由及び内容	「診察(10:00内科予約有り、紹介状有り)」「授業参観・懇談会(〇年〇組、子どもの名前)」 「就職面接」など。「学校からのお知らせ」「求人票」があれば資料提供してください。		
その他	派遣理由、内容によっては派遣できない場合があります。 希望日の7日前(閉庁日は除く)までに申請してください。それ以降に申請する時は「いつからおなかが痛い」とか「いつ、検査(診察)が決まった」など具体的な日にちと理由を書いてください。 7日前(閉庁日を除く)以降の申請の場合、日程の変更をお願いする場合があります。		

※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。