

## 長久手市手話通訳者等派遣申請書兼依頼書

年 月 日

（一社）愛知県聴覚障害者協会理事長 様

長久手市福祉事務所長

手話通訳者等派遣について、下記のとおりお願いします。

長久手市福祉事務所長 様		申請日		年	月	日
下記のとおり、手話通訳者等の派遣を申請します。						
ふりがな 氏名		男・女	生年 月日	年	月	日
住所						
連絡先	ファクシミリ ( ) メールアドレス					
派遣日時	年 月 日 ( )	希望 通訳	※どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください <input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記			
派遣時間	午前 時 分 から 午後 時 分 まで		午前 時 分 から 午後 時 分 まで			
派遣場所	例 ○○病院 ※地図等があれば添付してください 所在地 電話番号 ( )					
待ち合わせ 時間	時 分	待ち合わせ 場所				
通訳内容	例（できる限り詳しく）○○科で治療を受けるため ※参考資料などがあれば添付してください					

↓以降、記入不要（市が記入）

年 月 日

様

長久手市福祉事務所長 印

上記の手話通訳者等派遣申請について、下記のとおり（ 決定 ・ 却下 ）します。

派遣日時等	申請のとおり ・ 変更あり(備考欄参照)	通訳者氏名	
備考（変更内容、却下理由等）			