

様式1 (第7条関係)

一宮市意思疎通支援者派遣申請書

年 月 日

(あて先)

一宮市福祉事務所長

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

FAX・電話 \_\_\_\_\_

一宮市意思疎通支援者派遣事業実施要綱第7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。

通 訳 日 時	年 月 日 ( )曜日		時 分から
			時 分まで
通訳場所 (待合わせ場所)	名 称		
	所 在 地		
	FAX・電話		
	待合わせ時間	時 分	
派遣対象の 聴覚障害者等	氏 名		
	生年月日	T・S・H 年 月 日 歳	
	住 所		
	連 絡 先	FAX: アドレス	
派遣内容			
備 考			

※派遣希望日の必ず、7日前までにご提出ください。

(愛知県内等以外の場合は、14日前まで)