

記載例

様式1 (第7条関係)

一宮市意思疎通支援者派遣申請書

29年1月6日

(あて先)

一宮市福祉事務所長

住所 一宮市本町2丁目5番6号

申請者 氏名 一宮 太郎

FAX・電話 0586-73-9124

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	29年1月17日(火)曜日		9時30分から 12時30分まで
通訳場所 (待合わせ場所)	名称	一宮市立市民病院	
	所在地	一宮市文京2丁目2-22	
	FAX・電話	0586-71-1911	
	待合わせ時間	1階総合受付前に 9時 30分	
派遣対象の 聴覚障害者等	氏名	一宮 太郎	
	生年月日	T・ <u>S</u> ・H 16年1月1日 76歳	
	住所	一宮市本町2丁目5番6号	
	連絡先	FAX:0586-73-9124 アドレス ichimin@	
派遣内容	診察のため		
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)