

送信先FAX番号 24-2708 (障がい福祉課あて)

※ 希望日の5日前までにFAXしてください

別記様式第2号 (第8条関係)

手話通訳者・要約筆記者派遣申請書

年 月 日

佐野市長 様

申請者 住所又は所在

氏名 (団体名及び代表者氏名)

電話又はFAX番号

手話通訳者・要約筆記者派遣事業を利用したいので、次のとおり申請します。

派遣希望日	年 月 日	通訳等の 実施予定	午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで
派遣区分 (該当に○印)	() 手話通訳者		() 要約筆記者
通訳等を行う内容 (該当に○印)	() 市役所などの官公庁に用事がある () 学校(幼稚園・保育園)で面談や行事がある () 病院などの医療機関に行く () 慶弔や就職活動など社会生活上必要がある () 生活する上で特に必要がある () その他 ()		
場所等	通訳を行う場所		
	施設等所在地		
	待ち合わせ場所		
	待ち合わせ時間	午前・午後 時 分	
手話通訳者又は要約筆記者として 派遣を希望する者の氏名	第1希望： 第2希望：		