

様式第1号(第8条関係)

桜川市手話通訳者等派遣申請書

年 月 日

桜川市福祉事務所長 様

申請者	住 所	桜川市
	氏 名	_____ (印)
	FAX番号	— —

下記により手話通訳者等の派遣を申請します。

派遣区分 (該当に○)	1 手話通訳者派遣	2 要約筆記者派遣
希望日時	年 月 日()	午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで
派遣場所	名 称 (所在地 _____)	
申 込 内 容	内容を詳しく記入してください。	待ち 合 わ せ の 時 間 と 場 所
		時間 時 分 場所(所在地又は略図) 4 +

市 処 理 欄	1 別紙(手話通訳者等派遣可否決定通知書)のとおり派遣するものとする。 2 別紙(手話通訳者等派遣可否決定通知書)のとおり派遣しないものとする。				
	通 依 知 頼	申請者 委 託 事 業 所	済 済	決 裁	課 長 グ ル ー プ 長 主 担 当 副 担 当 グ ル ー プ 員

※申込は、ファクスでもお受けいたします。なお、希望日の7日前までに申込願います。