

様式第4 (第21条関係)

手話通訳者・要約筆記者派遣申請書

年 月 日

高浜市福祉事務所長 殿

住 所  
 申請者 氏 名  
 電話番号 ( )  
 F A X 番号 ( )

下記のとおり、手話通訳者・要約筆記者の派遣を申請します。

記

対 象 者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
	住 所	高浜市 町 丁目 番地			
	身体障害者 手帳番号	第 号	年 月 日交付	障害 等級	級
	障 害 名				
日 時	年 月 日 ( )		午前 時 分から	午前 時 分まで	午後 午後
派 遣 先		派 遣 先 住 所			
派 遣 理 由					
待ち合わせ	場 所		時 間	午前 時 分	午後
備 考					

※介護障がいグループ (F A X 0566-52-7918)

※派遣希望日の7日前までに提出してください。