

別記様式第1号（第12条関係）

手話通訳者等・要約筆記者等 派遣申請書

令和 年 月 日

足利市社会福祉協議会長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話 番 号 ()
F A X 番 号 ()

手話通訳者等及び要約筆記者等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	令和 年 月 日 ()	
通訳予定時間	午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分	
派遣区分 (該当に○印)	() 手話通訳者等 () 要約筆記者等	
派遣希望 (該当に○印)	<input type="checkbox"/> 市役所、公民館などの官公署に用事がある <input type="checkbox"/> 学校（幼稚園・保育園）で面談や行事がある <input type="checkbox"/> 病院などの医療機関に行く <input type="checkbox"/> 町内の集会や行事など、社会生活上必要がある <input type="checkbox"/> 生活する上で必要がある <input type="checkbox"/> その他 ()	
場 所 等	通訳を行う場所	
	上記の所在地	
	待ち合わせ場所	(目印：)
	待ち合わせ時間	午前・午後 時 分
手話通訳者等又は要約筆記者等として派遣を希望する者の氏名	第1希望：	第2希望：
備 考		

※ この申請書は、足利市社会福祉協議会（F A X 44-0529）に希望日の1週間前までに送信してください。