

様式第1号

長野市手話通訳者・要約筆記者派遣申請書

年 月 日

長野市聴覚障害者センター所長 様

申請者 住 所

氏 名

連絡先 (TEL・FAX)

次のとおり手話通訳者等の派遣を受けたいので申請します。

希望内容 (いずれかに○)	手話通訳者 / 要約筆記者 (手書き ・ パソコン)		
派遣年月日	年	月	日 曜日
派遣時間	午前 午後	時 分 ~	午前 午後 時 分
派遣場所	住所		
	時間	午前 ・ 午後	時 分
通訳者との 待 合 せ	場所		
	通訳内容 (具体的に)		
通訳者の希望がある場合	通訳者名 () ⇒ 通訳者に		・ 確認済み ・ 未確認
派遣対象の聴覚障害者等	(申請者と異なる場合は記入)		
備 考	注) 用務の内容の分かる書類がある場合は添付してください。その他、要望等あれば記入してください。		

派遣の可否	派遣の要件に 該当する・該当しない (理由)		
通訳者等			
上記のとおり決定して よろしいか伺います	所長		係