

# 手話通訳者派遣申請書

年 月 日

次のとおり、手話通訳者の派遣を申請します。※二重線の中を記入ください。

ふりがな		性別	生年月日、年齢
申請者氏名 (障害者)		男 女	昭和 平成 年 月 日 歳
住 所 連 絡 先	〒 ..... FAX TEL		
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		
派遣内容	※具体的に		
派遣場所	※名称、所在地など具体的に		
待ち合わせ 場所・時間	場所 時間 午前・午後 時 分		
備 考			

申請は原則、派遣希望日の**2週間前**までをお願いします。

派遣依頼日近くに申請されると手話通訳者の確保ができない場合があります。

通訳者のコーディネートは、手話通訳者派遣事業受託団体である「あいち聴覚障害者センター」で行います。

## 提出先

東海市役所社会福祉課(1F)

〒476-8601 東海市中央町一丁目1番地 FAX 052-603-6181