

(別記様式第4号) (第11条関係)

手話通訳者等・要約筆記者等 派遣申請書

年 月 日

足利市長 様

住 所
申請者 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	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)	() 市役所、公民館などの官公署に用事がある () 学校(幼稚園・保育園)で面談や行事がある () 病院などの医療機関に行く () 町内の集会や行事など、社会生活上必要がある () 生活する上で必要がある () 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
備 考		

※ この申請書は、足利市障がい福祉課 (FAX 0284-21-5404) に希望日の1週間前までに送信してください。