

須賀川市意思疎通支援事業 手話通訳者・要約筆記者派遣申請書

住 所 須賀川市

氏 名 印

TEL/FAX

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。

| | | | |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|
| 日 時 | 月 日 () | | |
| | 午前 | 時 | 分 |
| | 午後 | 時 | 分 |
| 場 所 | | | |
| 待ち合わせ 時間・場所 | 午前 | 時 | 分 |
| | 午後 | 時 | 分 |
| 派遣事項 ○をつけて ください。 | <input type="checkbox"/> 病院・保健センター・保健所等医療に関する 予約時間 時 分 検査 有・無 検査名 <input type="checkbox"/> ハローワーク・就職面接・職場における話し合い等 <input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園・学校・家庭訪問等 <input type="checkbox"/> アパート入居、土地・建物、特殊物品等の購入等 <input type="checkbox"/> 行政機関が開催・後援する講演会等 <input type="checkbox"/> 自治会・町内会等の会議等 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭等（当事者、同一世帯、2親等以内） <input type="checkbox"/> 市内の障害者団体等の主催行事、講演会等 <input type="checkbox"/> その他 (内容) | | |
| 希望する 手話通訳者 要約筆記者 | 第1希望 | 第2希望 | 備考 |