

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

令和 年 月 日

須賀川市長

申請者 氏 名
住 所 須賀川市
連絡先

下記のとおり、社会福祉課へ手話通訳者・要約筆記者の派遣を申請いたします。

申 請 者			
日 時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 時 分		
場 所			
待ち合わせ 日時・場所	午前 時 分 / 午後 時 分 場所		
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こと 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 通 訳 者	第一希望	第二希望	