

下松市意思疎通支援者派遣申請書

年 月 日

申 請 者	氏 名	
	住 所	
	電 話	() -
	F A X	() -
	E - m a i l	
派 遣 対 象 の 聴 覚 障 害 者 等	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
派 遣 種 別	<input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記	
※要約筆記の場合は、希望する通訳方法をご指定ください <input type="checkbox"/> 手書き <input type="checkbox"/> パソコン (<input type="checkbox"/> ノートテイク <input type="checkbox"/> 全体投影)		
通 訳 日 時	年 月 日 ()	
	時 分から 時 分まで	
通 訳 場 所 (待ち合わせ場所)	名 称	
	所 在 地	
	待ち合わせ時間	時 分
資料の有無について	事前に通訳者に渡すべき資料 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合 (月 日頃)	
通 訳 内 容	具体的な内容	
	通訳種別 <input type="checkbox"/> 生命及び健康の維持増進に関すること <input type="checkbox"/> 財産、労働等権利義務に関すること <input type="checkbox"/> 官公庁、学校等公的機関への相談、手続き <input type="checkbox"/> その他	
そ の 他 (通訳者への要望等)		