意思疎通支援事業派遣等利用承認申請書

年　 　月　　 日

東近江市福祉事務所長　　様

申請者　住所　東近江市

団体名・氏名

連絡先（電話・ＦＡＸ）

担当者名（団体の場合)

下記のとおり、手話通訳・要約筆記の派遣を申請します。

なお、必要がある時は、委託事業先に必要な情報を提供することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 通訳方法 | 手話通訳　　要約筆記　　（希望の方法に印を付けてください。） |
| ふりがな対象者氏名 | 　 |
| 利用年月日 | 年　　　　月　　　　日（　　　） |
| 利用時間 | 午前・午後　　　時　　　分 から 午前・午後　　　時　　　分まで |
| 派遣場所 | 場所名 所在地 電話番号 |
| 待合せ | 時間 | 　午前・午後　　　　時　　　分 |
| 場所 | 　 |
| 通訳内容 | 　 |
| 連絡事項 | 　 |

※打合せの有無：　有　・　無

※通訳に関する参考資料（チラシ・案内）がありましたら、添付してください。

 東近江市福祉事務所障害福祉課 ＦＡＸ ０７４８－２４－５６９３

電話 ０７４８－２４－５６４０ ＩＰ電話 ０５０－５８０１－５６４０

＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿　＿

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長東近江市福祉事務所障害福祉課　　ＦＡＸ　０７４８－２４－５６９３　　　　　　　　　電話　０７４８－２４－５６４０　　ＩＰ電話　０５０－５８０１－５６４０ | 参　事 | 課長補佐 | 係　長 | 主　管　課 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |  |