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	参事	課長補佐	係長	主管課	担当者

.....

.....