

様式第5号（第7条関係）

手話通訳者等派遣申込書

（手話通訳者・手話奉仕員・要約筆記者・要約筆記奉仕員）

中津川市社会福祉事務所長 様

申請日 令和 年 月 日

依頼者・団体	名前		連絡先	TEL (内)
	住所	〒		
		*（代理人が申し込む場合は記入してください） 中津川市 TEL () - FAX () -		
派遣年月日		令和 年 月 日 (曜日)		
派遣予定時間		時 分 ~ 時 分		
派遣場所				
待合せ場所		(待ち合わせの時間 : 時 分頃)		
参加人数等		全体 人 (内、聴覚障害者 人)		
派遣内容				
要約筆記方法		OHP ノートテイク その他 ()		
その他		(派遣を希望する人がある場合は記入してください。)		

※派遣者は派遣内容を確認後、確認欄を記入して社会福祉課へ返信して下さいFAX 62-0058

- (1) この申込書は、原則として事前に提出すること。なお、依頼の概要、参考資料等があれば添付してください。
- (2) 病気、事故等により急を要するため、直接通訳を行う者に派遣を依頼し、事前に申し出をすることが不可能な場合には、この申込書を事後速やかに提出すること。

(送り先) 〒508-8501

中津川市かやの木町2番1号

中津川市市民福祉部社会福祉課

TEL 0573-66-1111 (内線 640) FAX 0573-62-0058