

様式第1号(第3条関係)

手話通訳者派遣申込書

磐田市福祉事務所長

申請日 年 月 日(曜日)

申 込 者	氏名等			
			※ 必ず記入してください。 郵便番号	
住 所			電話番号() — FAX() — 代理人が申し込む場合の代理人の氏名及び連絡先 ()	
派 遣 年 月 日			年 月 日(曜日)	
派 遣 予 定 時 間			時 分 ~ 時 分	
通 訳 の 内 容				
通 訳 場 所				
待 ち 合 わ せ 時 間	時 分	待ち合わせ場所		
聴 覚 障 害 者 人 数	特に団体で申込の時は必ず記入してください。 人			
事前に知らせておく内容				
備 考				

- (1) 申込書は、原則として派遣を必要とする日の7日前までに提出してください。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) 閉序時で、病気、事故等により急を要するため、通訳者に直接派遣を依頼する場合には、通訳終了後速やかに提出してください。
- (3) 団体行事等について申し込む場合には、できるだけ、通訳配置図及び資料を添付してください。

担当 磐田市福祉相談課

〒438-0077 磐田市国府台57番地7 FAX 0538-36-1635