

様式第 7 号（第 1 1 条関係）

入間市意思疎通支援者派遣申請書

年 月 日

（宛先）入間市長

申請者 住 所

ふりがな

氏 名

（団体の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

ファックス番号

電話番号

入間市意思疎通支援者派遣事業実施要綱第 1 1 条第 2 項の規定により、次のとおり意思疎通支援者の派遣を申請します。

意思疎通支援 業務の種類	1 手話通訳 2 要約筆記（ OHC ・ ノートテイク ）
派遣依頼日時	年 月 日（ ） 時 分から 時 分まで
派遣場所	名 称 所在地 電話番号及び F A X 番号
待ち合わせ 場所及び時間	場所 時間 時 分
対象となる 聴覚障害者等	
派遣内容	（ 1 医療 2 職業 3 教育 4 生活 5 講演会等 6 会議 7 その他）
備 考	