様式第７号（第１１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１１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ＦＡＸ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 |  |