様式第１号（第４条関係）

手話通訳者・要約筆記奉仕員派遣申請書

相馬市福祉事務所長

年　　月　　日

申請者　住　所

氏　名

ＦＡＸ

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

相馬市手話通訳者及び要約筆記奉仕員派遣事業実施要綱第４条の規定により、（手話通訳者・要約筆記奉仕員）の派遣を申請します。

申請障害者等氏名		身体障害者手帳記号番号	
日　　時	年　　月　　日（　　）	午前・午後　　時　　分から 午前・午後　　時　　分まで	
場　　所	１　病院　　２　学校　　３　保育園 ４　官公署　　５　集会・大会・講演会・講習会 ６　会議　　７　その他 派遣場所名称（　　） 派遣場所住所（　　） 待ち合せ場所（　　） 待ち合せ時間（　午前・午後　　時　　分）		
内　　容（具体的に）			
そ　の　他	特定の手話通訳者又は要約筆記奉仕員を希望する場合は、氏名を記入ください。 氏　　名　　打合せ 第１希望　　未・済 第２希望　　未・済		

相馬市役所　健康福祉課　FAX　0244-37-2162