（別記様式第４号）（第１１条関係）

手話通訳者等・要約筆記者等　派遣申請書

　　年　　月　　日

足利市長　様

住　　　所

申請者　氏　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　）

ＦＡＸ番号　　　　（　　）

手話通訳者等及び要約筆記者等派遣事業を利用したいので、次のとおり申請

します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣希望日 | 　　　　　年　　月　　日（　　） |
| 通訳予定時間 | 　午前・午後　　時　　分 から 午前・午後　　時　　分 |
| 派遣区分(該当に○印) | （ 　）手話通訳者等　　　　（　 ）要約筆記者等 |
| 派 遣 希 望（該当に○印） | （　 ）市役所、公民館などの官公署に用事がある（　 ）学校（幼稚園・保育園）で面談や行事がある（　 ）病院などの医療機関に行く（　 ）町内の集会や行事など、社会生活上必要がある（　 ）生活する上で必要がある（　 ）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 場所等 | 通訳を行う場所 |  |
| 上記の所在地 |  |
| 待ち合わせ場所 | (目印：　　　 　　) |
| 待ち合わせ時間 | 　午前・午後　 　　時　　　分 |
| 備考 |  |

　※　この申請書は、足利市障がい福祉課（ＦＡＸ　０２８４－２１－５４０４）に

**希望日の１週間前までに**送信してください。