

様式第1号（第11条関係）

佐世保市手話通訳者及び要約筆記者派遣申請書

年 月 日

佐世保市福祉事務所長 様

申請者 住 所

氏 名  
連絡方法  
(FAX, 電話番号)

次のとおり、手話通訳者又は要約筆記者の派遣を申請します。

派遣区分 (該当する 番号に○印)	1 手話通訳者派遣	2 要約筆記者派遣
派遣日時	年 月 日	午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで
派遣場所		
派遣内容		
障害名 (該当する 障害名に○印)	聴覚障害 音声機能障害 言語機能障害	
身体障害者手帳 交付番号	号	

※この申請書は、派遣を必要とする7日前までに提出してください。

ただし、緊急を要する場合は、この限りではありません。