

様式第1号（第12条関係）

佐世保市盲ろう者向け通訳・介助員派遣申請書

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、通訳者・介助員の派遣を申請します。

派遣区分 (該当する 番号に○印)	1 通訳者派遣		2 介助員派遣	
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				
コミュニケーション方法 (希望するもの に○印)	手話(対面) 音声	触手話 指点字	手書き 筆記	
身体障害者手帳 交付番号	第 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。