

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) 触手話 手書き 音声 指点字 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。