

意思疎通支援事業派遣申請書

申込日 年 月 日

豊見城市福祉事務所長 殿

下記のとおり派遣を申請します。

氏名	緊急連絡先：		
住所			
派遣種類	手話通訳 ・ 要約筆記		
連絡先	電話：	FAX：	
	メールアドレス：		
日時	年 月 日 (曜日)		
	時間	時 分	～
	待ち合わせ時間		
派遣場所			
	待ち合わせ場所		
内容			
要約筆記方法	<input type="checkbox"/> ノートテイク	<input type="checkbox"/> OHC	<input type="checkbox"/> パソコン ※必要なものに☑てください
備考 要件を簡単に 書いて下さい			
申込先	〒901-0292 豊見城市字翁長854番地1 障がい・長寿課 障がい福祉班 FAX 098-856-7046 メールアドレス sho-hukushi-haken@city.tomigusuku.lg.jp TEL 098-850-5320		
申込受付	※出来るだけ7日前までに依頼をお願いします。 月曜日～金曜日 8:30～17:15 ※土日・祝祭日・年末年始は休み		

派遣者	
内訳	(1)医療・保健 (2)司法 (3)社会生活 (4)労働・雇用 (5)教育・保育 (6)福祉推進・社会参加活動 (7)その他