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	代理申込の場合は申込者と関係性を記入： 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 分 ~ 時 分 ----- 待ち合わせ時間： 時 分
派遣場所	----- 待ち合わせ場所：
内容	
要約筆記方法	ノートテイク(□手書き □PC) □OHC ※必要なものに☑してください
備考 要件を簡単に 書いて下さい	
申込先	豊見城市障がい長寿課 障がい支援班 〒901-0292 豊見城市宜保一丁目1番地1 FAX 098-856-7046 TEL 098-850-5320 メールアドレス sho-hukushi-haken@city.tomigusuku.lg.jp
申込受付	※ 派遣希望日の7日前までに依頼をお願いします。 月曜日～金曜日 8:30～17:00 ※土日・祝祭日・慰霊の日・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