

意思疎通支援事業派遣申請書

申込日 平成 年 月 日

豊見城市福祉事務所長 殿

下記のとおり(手話通訳・要約筆記)の派遣を申請します。
手話通訳または要約筆記を○で囲んでください。

氏名				緊急連絡先：
住所				
連絡先	電話：	FAX：		
	メールアドレス：			
日時	平成 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 <input checked="" type="checkbox"/> してください
備考 要件を簡単に 書いて下さい				
申込先	〒901-0292 豊見城市宜保一丁目1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			

※下記は事務局記入欄

決裁月日				
	派遣者			
		事務局長	業務課長	係
内訳	司法	政治	(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	

様式9号(第15条関係)