

柏崎市意思疎通支援派遣申請書

申請日 令和 年 月 日

柏崎市長 様

氏名または団体名	
担当者名（団体の場合のみ記入）	
住 所	
電話（ ）	FAX（ ）

柏崎市意思疎通支援事業実施要綱により下記の通り意思疎通支援者の派遣を申請します。

記

派遣日時	令和 年 月 日（ ）～ 月 日（ ）			
	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分			
派遣場所	名 称			
	住 所			
支援方法 （該当に○印）	1 手話 2 要約筆記 3 その他			
区 分 （該当に○印）	1 医療(通院など) 2 教育(学校など) 3 会議・研修 4 行事・イベント 5 相談申請() 6 その他()			
派遣希望人数等	1名・2名	希望の通訳者、 奉仕員氏名	第1希望	第2希望
内 容 （具体的に）	★資料等ある場合は送付してください			支援が必要な人数 _____人
連絡事項	◆待ち合わせ場所など連絡事項がある場合は記入してください			

※派遣人数と派遣する通訳者または奉仕員については、ご希望に沿えない場合がありますのでご了承ください。

【処理欄】※記入しないこと

☐ 派遣する ☐ 派遣しない			受 付	年	月	日
☐ 手話通訳者・奉仕員 ☐ 要約筆記者・奉仕員 ☐ その他			決 裁	年	月	日
			通 知	年	月	日
課 長	係 長	係 員	担当者・氏名			
			印			