別記

第１号様式 (第９条関係)

　　年　　月　　日

　富里市長　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所

氏名

富里市意思疎通支援者派遣申請書

　下記のとおり意思疎通支援者の派遣を受けたいので申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名(団体名) |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 住所 |  | TEL |  |
| FAX |  |
| 派遣を申請する職種 | 手話通訳者・要約筆記者(どちらかに〇をしてください。) |
| 派遣用件(内容) |  |
| 希望日時 | 　　　　　 　　　　　 午前　　　　　　午前　　年　　月　　日( 　)　　時　　分～　　時　　分　　　　 　　　　　 　午後　　　　　　午後 |
| 派遣先 |  |
| 待ち合わせ場所・時間 | 場所:時間: |
| 交通手段 |  |
| 備考 |  |

注　ファクシミリでも申請することができます。

申込先 　　　富里市社会福祉課

　電 話：0476-93-4192

　ファクシミリ：0476-93-2422

緊急申込先 社会福祉法人千葉県聴覚障害者協会

 電 話：043-308-6373

ファクシミリ：043-308-6400