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○をしてください。)		
派遣用件 (内容)			
希望日時	年 月 日	午前 時 分 午後 時 分	午前 時 分 午後 時 分
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