

山武市コミュニケーション支援事業申請書

(住所)山武市

通訳派遣を依頼する方の、お名前・ご住所・ご連絡先をご記入ください。

交付番号

申請日

令和〇 年 〇 月 〇 日

依頼者名	山武 太郎
住所	山武市××〇〇番地
連絡先	0475-××-×××× (FAX)

派遣を希望する日時をご記入ください。

手話通訳・要約筆記のいずれかに○をつけてください。

手話通訳者・要約筆記者の派遣を申請します。

令和〇 年 〇 月 × 日 (〇)

14 時 00 分から 15 時 00 分

通訳内容

〇〇補聴器店にて、補聴器購入の相談

通訳内容はできるだけ詳細にご記入ください。

待ち合わせ場所・時間

場所 〇〇市××〇〇番地
〇〇補聴器店前

時間 13 時 55

現地での待ち合わせが基本となります。できるだけ分かりやすい場所をご指定ください。

待ち合わせ場所までの交通手段は

電車 JR〇〇駅より徒歩5分

バス 行

車

連絡事項等があればご記入ください。

備考

検査があるので、30分程度長引くかもしれません。

実施主体	山武市社会福祉課障がい福祉係	TEL	0475-80-2614
住	市記入欄 (そのままご提出ください)		
通訳料の請求元(上記と違う場合は御記入ください。)			
請求宛名		担当者	
郵送先	〒 ー		