

申請者(通訳を必要とする方、イベント等を主催する団体など)のお名前・ご住所・連絡先をご記入ください。

シヨン支援事業申

申請書を送る日付を記入してください。

申請日

令和〇年 〇月 〇日

依頼者名	山武 太郎
住所	山武市殿台296番地
連絡先	FAX 0475-80-2650

手話通訳者と要約筆記者の、必要な方を〇で囲んでください。

派遣を希望する日時を記入してください。

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(月)

10時00分 ~ 12時00分

通訳内容

〇〇病院〇〇科の受診

通訳を依頼したい用事をご記入ください。

待ち合わせ時間・場所

場所(施設等名称) 〇〇病院

2階 〇〇科前の待合室

(住所) 〇〇市〇〇町××〇〇番地

待ち合わせ時間 9時50

通訳者との待ち合わせ場所と、時間を記入してください。  
※原則として、通訳を実施する現地で待ち合わせです。  
※待ち合わせ場所は細かく記入してください。分かりづらい場所では、通訳者との合流に時間がかかる場合があります。

待ち合わせ場所までの交通手段は

電車	JROO駅	
バス		行 停留所下車
車		
備考	<p>駅から送迎バスがあります。 終了の時間は早くなる場合があります。</p>	

待ち合わせ場所に近い駅や、バス停などが分かればご記入ください。また、その他に伝えたいことがあれば、「備考」に記入してください。

○その他の注意事項

- ・申請者の連絡先(FAX番号、電話番号、メールアドレスなど)は必ず記入してください。派遣する通訳者等が決まったときや、確認があるときは、市から連絡します。
- ・派遣を希望する予定が決まったときは、早めにご依頼ください。
- ・市役所の閉庁日に緊急の依頼をするときは、千葉県聴覚障害者協会へご相談ください。
- ・派遣された手話通訳者・要約筆記者は、名札等で分かるようにしています。待ち合わせの際は目印にしてください。