

様式第4号（第14条関係）

手話通訳者等派遣申請書

年 月 日

美濃加茂市福祉事務所長 あて

申請者氏名 印
申請者住所
ファックス番号 ()

下記のとおり手話通訳者・奉仕員を派遣されるよう申請します。

日 時	年 月 日 () 午 ^前 後 時 ~ 午 ^前 後 時	
派遣場所 住所・連絡先		
希望する通訳 氏 名	※通訳者の都合によりご希望に添えない場合もあります。	
用 件	待ち合わせ時間 (:) 場所 ()	
身体障害者 手帳番号	() 県 第() 号() 級	※ 対 象 人 員
		人
備 考		

※ 行事の場合は、対象となる聴覚障害者等の人数を明記すること。

上記必要事項をご記入の上、下記まで送付してください。

〒505—8606 美濃加茂市太田町3431—1

美濃加茂市福祉事務所福祉課

T E L <0574>25-2111 (内線 325)

F A X <0574>24-0290