

伊達市手話通訳者等派遣申請書

年 月 日

(あて名)伊達市健康福祉部長

申請者

住 所 伊達市 町 番地

団体名等

氏 名 印

電話番号 (0142) -

FAX番号 (0142) -

次のとおり手話通訳者等の派遣を申請します。

記

1 日 時 年 月 日() 時 分から
年 月 日() 時 分まで

2 場 所

3 理 由(通訳内容等)

4 その他

(事前打合せ) 年 月 日() 時 分/(場所)

(当日待合せ) 年 月 日() 時 分/(場所)

社会福祉課使用欄

課 長	係 長	主 査	係	合 議

次のとおり(派遣する・派遣しない)こととしてよろしいか。

(派遣する場合)

1 日 時 年 月 日() 時 分から
年 月 日() 時 分まで

2 場 所

3 理 由(通訳内容等)

4 手話通訳者等 手話通訳員
手話通訳協力員

(派遣しない場合)

1 理 由