

様式第3号(第8条関係)

伊達市手話通訳者等派遣申請書

(宛名)伊達市健康福祉部長

年 月 日

申請者

住 所 伊達市 町 番地  
団体名等  
氏 名  
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、別紙のとおり通知してよろしいか。

(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