

様式第7号（第11条関係）

入間市意思疎通支援者派遣申請書

年 月 日

（宛先）入間市長

申請者 住 所

ふりがな

氏 名

（団体の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

ファックス番号

電話番号

入間市意思疎通支援者派遣事業実施要綱第11条第2項の規定により、次のとおり意思疎通支援者の派遣を申請します。

| | |
|-----------------|----------------------------------|
| 意思疎通支援 業務の種類 | 1 手話通訳 2 要約筆記（ OHC ・ ノートテイク ） |
| 派遣依頼日時 | 年 月 日（ ） 時 分から 時 分まで |
| 派遣場所 | 名 称 |
| | 所在地 |
| | 電話番号及びFAX番号 |
| 待ち合わせ 場所及び時間 | 場所 |
| | 時間 時 分 |
| 対象となる 聴覚障害者等 | |
| 派遣内容 | （1医療 2職業 3教育 4生活 5講演会等 6会議 7その他） |
| 備 考 | |