

手話通訳者等派遣申請書

申請年月日 年 月 日 受付番号 _____

申請者			
住所			
氏名	連絡先 TEL (—	—)
	FAX (—	—)

次のとおり、手話通訳者・要約筆記者 の派遣を受けたいので申請します。
美唄市福祉事務所長 様

派遣希望日時
 年 月 日 () 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分

派遣場所・施設等の名称	待ち合わせ場所 _____ 連絡先 TEL _____ FAX _____ E-mail _____
住所	
名称	

派遣申請理由 ※具体的にお書きください。

※相手先との予約 有 ・ 無
 ※希望手話通訳者 _____

※処理欄

1. 通訳者を派遣する。	(派遣区分 1 2 3 4 5 6 7 8 9)								
専任通訳者	_____								
登録奉仕員	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____	6 _____			
2. 北海道ろうあ連盟・() に派遣を依頼する。(申請 月 日)									
結果	派遣可	派遣不可	派遣斡旋	その他					
3. 費用弁償									
1 公費負担 (美唄市 ・ 北海道ろうあ連盟 ・ その他)	2 主催者負担	3 申請者負担							
4. 派遣しない									
理由	通訳者が確保できず	派遣対象外	その他						
5. 申請取消									
取消年月日	年	月	日	(来所 ・ 電話 ・ FAX ・ その他)					

受理者	受理日	提出方法
	月 日	来所 ・ 郵送 ・ 電話 ・ FAX ・ その他