

手話通訳者派遣申請書

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、手話通訳者の派遣を受けたいので申請します。

美唄市長 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。(支庁 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