

様式第3号（第19条関係）

年 月 日

美濃加茂市福祉事務所長 宛

申請者 住 所

氏 名

連絡先 — —

手話通訳者等派遣申請書

美濃加茂市地域生活支援事業実施規則第19条の規定により、手話通訳者等派遣の申請をします。

派遣希望 日 時	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分から午前・午後 時 分まで	
派遣希望する 手話通訳者等 の区分	<input type="checkbox"/> 手話通訳者 <input type="checkbox"/> 要約筆記者 <input type="checkbox"/> 要約筆記奉仕員 ↳ <input type="checkbox"/> ノートテイク <input type="checkbox"/> OHC	
派遣希望する 手話通訳者等 の氏名	※手話通訳者等の都合により希望に添えない場合もあります。	
派遣内容	要件	
	場 所	
	待ち合わせ の時間	午前・午後 時 分
身体障害者 手帳番号	( ) 県 第 ( ) 号 ( ) 級	
備 考		

※上記必要事項を記入の上、下記まで送付してください。

〒505-8606 美濃加茂市太田町3431番地1

美濃加茂市役所 福祉課

TEL 0574-25-2111 (内線326)

FAX 0574-66-1097