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 | □　手話通訳者　　　　　　　　 | □　要約筆記者□　要約筆記奉仕員 |
|  | □　ノートテイク□　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