様式第１号（第１０条関係）

　　（宛先）太田市長

年　　　月　　　日

手　話　通　訳　者　派　遣　申　請　書

　次のとおり、手話通訳者の派遣を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 | 住所 |  | | | | | | 年齢 |  |
| 氏名 |  | | FAX　TEL | |  | | | |
| 派 遣 日 時 | 年　　月　　日　　　曜日　　　　時　　　　分から　　時　　　分まで | | | | | | | | |
| 派 遣 場 所  （待ち合わせ場所） | 名称 | | | | | | | | |
| 住所 | | | | 待ち合わせ場所 | | | | |
| 派 遣 内 容  （用　件） | １　病院（診療　　　　　科・健康相談・その他　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| ２　教育（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| ３　会社（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| ４　公的機関（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| ５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 希望する  通 訳 者 | 第１希望 | |  | | | | ※派遣決定者氏名    （記入しないでください。） | | |
| 第２希望 | |  | | | |
| ※希望に添えない場合があります。 | | | | | |
| 特に希望はない | | | | | |
| 依　頼 | １事前申し込み　　２　事後報告（手話通訳者氏名　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 備　考 |  | | | | | | | | |

注意）・申請は、原則、派遣希望日の１週間前までにお願いします。

・派遣場所欄は、待ち合わせ場所も記入してください。

・派遣内容欄は、項目１～５のうち該当するものに○印を付け、内容を詳しく記入してください。

・希望する通訳者がある場合は、第２希望まで記入してください。

**太田市社会福協議会**

**FAX　0276-46-6229**　 **Mail** [**shuwahaken-ota@otashakyo.jp**](mailto:shuwahaken-ota@otashakyo.jp)