手話通訳者・要約筆記者派遣申込書（団体用）

年　　月　　日

知立市長　様

申込者

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名　称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職・氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話 （　　）　　－

ＦＡＸ （　　）　　－

メール ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

このことについて、次のとおり申し込みます。また、この派遣事業を利用するに当たり、当該利用者に関する個人情報が業務に必要な範囲内で通訳者等に共有されることに同意を受けています。

派遣日時	年　月　日（　）午 前/後　時　分 ～ 午 前/後　時　分
派遣場所 （名　称） （所在地）	（通訳者との待ち合わせ場所　　）
派遣種別	□　手話通訳（　　名）　□　要約筆記（　　名）
派遣内容 ※具体的に記入してください。	
利用者	□　不特定（多数）　□　特定の者（ 氏名　　）

※通訳者等の派遣を希望する日の７日前までに提出すること。（事故等の緊急を要する場合を除く。）

※会議、行事等で、主催者の責任において通訳者等を置くべき内容である場合は、派遣しません。

【問合せ】所在地　〒472-8666 知立市広見３－１
担　当　知立市役所 福祉課 障がい福祉係
電　話　(0566)95-0118　ＦＡＸ　(0566)83-9816