

手話通訳者・要約筆記者派遣申込書（個人用）

年 月 日

知立市長 様

申込者

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 (_____) _____

F A X (_____) _____

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、私に関する個人情報が必要範囲内で通訳者等に共有されることに同意します。

派 遣 日 時	年 月 日 () 午 前 時 分 ~ 午 前 時 分 後 後
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 ☐ 要約筆記
派 遣 内 容 ※該当する項目に ○を付け、() 内に具体的に内 容を記入してく ださい。	1 市役所における用務等 () 2 病院、保健所等における医療相談又は診察等に関する事 () 3 保育園、幼稚園又は学校における行事に関する事 () 4 公共機関等主催の会議、行事等への参加 () 5 その他 ()
備 考	

※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 F A X (0566)83-9816