様式第1号(第8条関係)

年　　月　　日

　　龍ケ崎市福祉事務所長　様

居住地

申請者　　氏名　　　　　　　　　　印

電話番号　　　　(　　)

FAX番号　　　　(　　)

龍ケ崎市聴覚障がい者等コミュニケーション支援事業利用申込書

　龍ケ崎市聴覚障がい者等コミュニケーション支援事業実施要綱第8条第1項の規定により，次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣日時 | 年　　月　　日　(　　) | 午前午後 | 　　時　　分から | 午前午後 | 　　時　　分まで |
| 派遣種類 | 手話通訳者　　・　　要約筆記奉仕員 | 派遣人数 | 人 |
| 派遣先 | 　 | 派遣先住所 | 　 |
| 派遣内容 | 　 |
| 待ち合わせ時間 | 午前午後 | 　　　時　　　分 | 待ち合わせ場所 | 　 |
| 聴覚障がい者人数 | 人　　※団体等が申込みの時は必ず記入してください |
| 備考 | 　 |

　備考

　　1　派遣依頼の概要，参考資料等があれば添付してください。

　　2　団体行事等について申し込む場合には，通訳配置図，資料等を添付してください。