

様式第1号(第8条関係)

年 月 日

龍ヶ崎市福祉事務所長 様

居住地
申請者 氏 名 (印)
電話番号 ()
FAX番号 ()

龍ヶ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

龍ヶ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	※団体等が申込みの時は必ず記入してください				人
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。