

手話通訳者

様式第1-1号

せんだいし いし そつう しえんしゃ はけん しんせいしょけん はけん けつてい きゃつか つうちしょ こじんよう
仙台市意思疎通支援者派遣 申請書 兼派遣決定（却下）通知書（個人用）

年 月 日

(宛先)仙台市長

〒
住 所 _____

電話番号 () - FAX () -

フリガナ
氏 名 _____ (才)

仙台市意思疎通支援者派遣事業実施要綱第9条の規定により、下記のとおり手話通訳者の派遣を申請します。

月 日	年 月 日 (曜日)	
時 間	午前・午後()時()分 ~ 午前・午後()時()分	
場 所	名称	
	住所	
待ち合わせ	時間	
	場所	
内 容		

----- (以下記入しないでください) -----

連絡欄	_____ 様 上記意思疎通支援者の派遣について
	<input type="checkbox"/> 手話通訳者として _____ を派遣します。 <small>※30分以上遅れた場合には、手話通訳者は帰ります。</small> <input type="checkbox"/> 却下します。(理由: _____)

受付確認	派遣確認	回答確認
/	/	/