

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 しんせいしよけん はけん けつてい きゃつか つうちしよ 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

フリガナ

氏名

電話番号 () - FAX () -

メールアドレス @

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	<input type="checkbox"/> コロナ受診 <input type="checkbox"/> 遠隔通訳希望 <input type="checkbox"/> スマホ・タブレット所持	

----- (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
	/	/	/