様式第１号（第９条関係）

年　　月　　日

大和町意思疎通支援者派遣申請書

大　和　町　長　　殿

申請書	氏　名	印　　（　　年　　月　　日生）		
	住　所	〒 電話番号　　FAX 代理の者が申し込み場合の代理の者の氏名・連絡先 （氏名：　　連絡先：　　）		
派遣年月日		年　　月　　日（　　曜日）		
派遣予定時間		時　　分　～　　時　　分		
通訳の内容				
通訳場所				
待合せ時間		時　　分	待合せ場所	
聴覚障がい者人数				
事前に知らせておくべき内容等				
備　　考				

(1)　原則として 7 日前に提出してください。なお，依頼の概要，参考資料等があれば添付してください。

(2)　緊急を要するため，宮城県聴覚障害者協会に直接派遣を依頼する場合は，通訳終了後速やかに申込書を提出してください。

(3)　団体行事等で申し込み場合には，通訳配置図及び行事等の資料を添付してください。