

中井町意思疎通支援者派遣申請書

年 月 日

中井町長 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ 印 _____

FAX・電話 _____

中井町意思疎通支援事業実施要綱第12条の規定に基づき下記のとおり意思疎通支援者の派遣を申請します。

希 望 す る 支 援	<input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記（手書き） <input type="checkbox"/> 要約筆記（パソコン）	
通 訳 日 時	年 月 日（ ） 時 分から 時 分まで	
通 訳 場 所 （待ち合わせ場所）	名称	
	所在地	
	FAX・電話等	
	待ち合わせ時間	時 分
派 遣 対 象 者		
通 訳 内 容		
そ の 他		