第２号様式（第５条関係） 派遣番号（　　　　　）

大垣市手話通訳者等派遣申込書

申込年月日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣申込者 | フリガナ | |  | | | | | |
| 氏　　名  団 体 名  （担当者名） | |  | | | | | |
| 性　　別 | | 男　・　女　・　団体 | | 身障手帳番号 | |  |
| 住　　所 | | TＥＬ ＦＡＸ | | | | | |
| 派遣年月日 | | | 年 月 日 （　　　） | | | | | |
| 派遣希望時間 | | | 午　前  午　後 | 時　　　分　～ | | 午　前  午　後 | 時　　　分 |
| 派遣場所 | | |  | | | | | |
| 待ち合わせ場所 | | | （　　　時　　　分ごろ） | | | | | |
| 聴覚障害者人数 | | | （団体の場合のみ記入）　　　　　　　　　　　　　名 | | | | | |
| 通 訳 内 容  １　医 療 等  ２　司 法 等  ３　労 働 等  ４　教 育 等  ５　講演会等  ６　会 議 等  ７　そ の 他 | | | 具体的に | | | | | |
| その他 | | 派遣を望む人　‥‥‥‥‥‥　なし　・あり    　　　※　但し、要望にそえない  　　　　　場合があります。 | | | | | | | |

※ 申込みは原則として事前に提出すること。（派遣内容について参考となるものがあれば添付）

※ 病気、事故などにより事前に提出できない場合は、事後すみやかに提出すること。

※ 申込先：大垣市社会福祉協議会（FAX　０５８４－７１－７５３３）