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）