

様式第1号(第8条関係)

年 月 日

取手市長 殿

住所
ふりがな
申請者 氏名 (印)
電話番号 ()
FAX 番号 ()

取手市聴覚障害者等意思疎通支援事業利用申込書

取手市聴覚障害者等意思疎通支援事業実施要綱第8条第1項の規定により、手話通訳者等の派遣を申し込みます。

日時	年 月 日 ()	午前 正午 午後	時 分から	午前 正午 午後	時 分まで
待合わせ 時間	午前 午後 時 分				
派遣 種類	手話通訳士 手話通訳者 要約筆記者 (パソコン・手書き)		派 人	遣 数	茨城県聴覚障害者協会 でコーディネートしま すので記入不要です
派遣先	住 所				
	電話番号		()		
		FAX番号		()	
派遣 内容					
備考					

<申し込み先>

FAX 74-6600

取手市役所 障害福祉課 宛

(市外からの申し込みの時には「0297」をダイヤルしてください。)