

令和 年 月 日

仙北市長 様

(申請者)
住 所 仙北市
氏 名
FAX 番 号



手話通訳者等派遣申請書

下記のとおり手話通訳者等の派遣を申請します。

フリガナ			生年月日	年 月 日	
氏 名			年 齢	歳	
			性 別	男 ・ 女	
身体障害者手帳番号		県 第 号			
障害名					
派遣依頼日	令和 年 月 日 ()		通訳時間	時 分から 時 分まで	
通訳派遣 依頼内容					
場 所	通 訳 を 行う場所			略 図(待ち合わせ及び通訳を行う場所)	
	所在地				
	待ち合 わせの場所				
	待ち合 わせの時間				
※その他	打 ち 合 わ せ	令和 年 月 日			
		事前 時 分から 時 分まで			
		事後 時 分から 時 分まで			

※ 原則、事前・事後の打ち合わせを行います。なお、通訳依頼内容等により時間を調整します。