様式第１号（第８条関係）

　　年　　月　　日

手話通訳者派遣（派遣変更）申込書

太 子 町 長　様

 　 　　　　　申込者　住 所

 　　　　　　 氏 名

 　　　　　　　 ＴＥＬ 　　　　　（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＦＡＸ　　　　　　（　　　）

次のとおり、手話通訳者派遣（派遣変更）をお願いします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣対象者 | 氏 名 |  | 住 所 | 太子町 |
| 手帳内容 | 番 号 | 第　　　　　　　号 | 障がい名 |  |
| 派遣年月日 | 年　　　　月　　　　日　　　　曜日 |
| 派遣時間 | （午前・午後）　　　時　　　分　から（午前・午後）　　　時　　　分まで |
| 派遣場所 | 行き先 |  |
| 住 所 |  | 連絡先 |  |
| 待合せ | 時 間 | （午前・午後）　　　時　　　分 |
| 場 所 |  |
| 通訳内容 |  |

　　※手帳の写しを添付してください。