様式第１号(第15条関係)

恵庭市意思疎通支援者派遣申請書

年　　　月　　　日

恵庭市長　様

住　所

申請者

氏　名

FAX番号

恵庭市地域生活支援事業実施要綱第15条第1項の規定に基づき、次のとおり意思疎通支援者

（手話通訳者・要約筆記者）の派遣を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣日 | 午前　　　　　　　　 午前　　　　年　　　月　　　日　　曜日　　　　　時　　　分から　　　　時　　　分まで午後　　　　　　　 　 午後 |
| 内　容 |  |
| 場　所 | 行き先： | 【地図】 |
| 住　所： |
| 待ち合わせ場所（具体的に） |
| 待ち合わせる人対象者・担当者氏名（　　　　　　　　　） |
| 待ち合わせ時間午前・午後　　　　　時　　　分 |
| その他 | 事前打合せ：　要　・　不要※要の場合：対象者・担当者氏名（　　　　　　　　　） | 打合せ日時：　　　月　　　日　　　曜日午前・午後　　　　時　　　分打合せ場所： |

以下の欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁決定要否欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 主査 | 担当 | 合議 |
|  |  |  |  |

　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　下記のとおり決定してよろしいか。1．　派遣する。（派遣日時　　　　　年　　月　　日　　曜日　　　時　　　分～　　　時　　　分）派遣意思疎通支援者名[ ]派遣対象区分[ ] 1・2 ･ 3 ･ 4 ･ 5 ･ 6 ･ 7 ･ 8 ･ 92.　派遣しない。　理由  |

**※ＦＡＸによる申請　　０１２３－３２－１１５５（緊急時を除きます）**