

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	年 月 日 曜日		午前 時 分から 午後 時 分まで
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・9

2. 派遣しない。理由 [ ]

※FAXによる申請 0123-32-1155 (緊急時を除きます)