

様式第5号(第6関係)

年 月 日

北上市福祉事務所長 様
(FAX0197-64-2202)

住所
氏名
(電話・ファックス)
意思疎通支援者派遣依頼書

次のとおり意思疎通支援者(手話通訳・要約筆記)の派遣を依頼します。

氏名				
身体障害者手帳番号	第 号	等級及び障害名		
派遣年月日	年 月 日 ()			
派遣時間	午前 午後	時 分から	午前 午後	時 分頃まで
派遣場所	該当する番号を○で囲んでください。 1 公的機関(機関名等) 2 医療機関(病院名) 3 大学・講演会等(大会名) 4 学校行事参加(行事名) 5 冠婚葬祭() 6 その他()			
待合わせ場所				
派遣内容	(具体的に記入してください。)			

備考 通訳の参考となる資料等があれば添付すること。