様式第7号（第9条関係）

※ここは受付が記入します

受付№

**飯塚市意思疎通支援者派遣事業（手話通訳等派遣）申請書**

飯塚市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 手話通訳者等派遣希望日時 | 月 　　　日(　　曜日)　　　時　　分～　　時　　分 |
| 通訳者等との待ち合わせ場所 |  |
| 待ち合わせ時刻 | 時　　　　　　分 |
| 希望する手話派遣者氏名 | ①　　　　　　 　　　②　　 　　　　　　　・特になし |
| 派遣内容(該当番号に○印をつけ、具体的な内容を記述してください。）１　公的機関等　　　　　２　医療機関等　　　３　事務所等４　教育・保育等　　　　５　社会生活　　　　６　その他 |
| 【具体的記述】 |

|  |
| --- |
| **【申請先：サン・アビリティーズいいづか（ＦＡＸ　29-3087　）月曜日休館】**申請受付時間：午前8時30分から午後5時00分（休館日を除く）派遣実施時間：午前8時30分から午後10時00分但し、緊急時等についてはこの限りではありません。 |

※登録事項（住所、連絡先など）に変更がある場合はサン・アビリティーズいいづか

までご連絡ください。