

※ここは受付が記入します

受付No. _____

様式第7号（第9条関係）

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。