

様式第7号

福島県意思疎通支援者派遣申請書

年 月 日

(宛先) 福島県知事

住所 _____

申請者 氏名 _____

FAX・電話 () _____

下記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。

通 訳 日 時	年 月 日 ()		時 分から 時 分まで
通 訳 場 所 (待合せ場所)	名 称		
	所 在 地		
	F A X ・ 電 話		
	待 合 せ 場 所	時 分	
派 遣 対 象 の 聴覚障がい者等			
通 訳 内 容			
そ の 他			

(注) 障がい者団体等からの申請も考えられることから、その場合にはこの様式の「住所」を「所在地」、「氏名」を「名称」、「派遣対象者の聴覚障がい者等については人数を記載させる」とするなど、適宜加工の上、使用する。