

野洲市手話通訳者・要約筆記者派遣申請書

年 月 日

野洲市長 様

下記のとおり、（手話通訳者・要約筆記者）の派遣を申請します。

申請者 （利用者）	氏名： 住所：〒 FAX・電話：	
派遣日時	年 月 日（ ）午前・午後 時 分～午前・午後 時 分	
派遣場所	場所の名称： （住所） （電話・FAX）	
待ち合わせ	時間：午前・午後 時 分	場所：
内 容	（1）病院（ ）科） （2）保育園・幼稚園・学校（行事： ） （3）保健所・社会保険事務所 等（ ） （4）その他（ ）	
連絡事項		

当てはまるところに、 をして下さい。

申請先は、野洲市障がい者自立支援課 FAX 077-586-2177

野洲市手話通訳者・要約筆記者派遣申請書

年 月 日

野洲市長 様

下記のとおり、（手話通訳者・要約筆記者）の派遣を申請します。

申請者 （利用者）	氏名： 住所：〒 FAX・電話：	
派遣日時	年 月 日（ ）午前・午後 時 分～午前・午後 時 分	
派遣場所	場所の名称： （住所） （電話・FAX）	
待ち合わせ	時間：午前・午後 時 分	場所：
内 容	（1）病院（ ）科） （2）保育園・幼稚園・学校（行事： ） （3）保健所・社会保険事務所 等（ ） （4）その他（ ）	
連絡事項		

当てはまるところに、 をして下さい。

申請先は、野洲市障がい者自立支援課 FAX 077-586-2177