

明石市意思疎通支援者派遣申請書

申請日 年 月 日

明石市長 様

申請者 氏名 _____
住所 _____
FAX・TEL _____
E-mail _____

明石市意思疎通支援者派遣事業実施要綱第12条第2項の規定に基づき、以下のとおり意思疎通支援者の派遣を申請します。

派遣希望 ○を付けて ください	手話通訳・要約筆記（手書き・パソコン）	
派遣対象の聴覚 障害者氏名		
日 時	年 月 日（ ） (午前・午後) 時 分 から (午前・午後) 時 分 まで	
場 所	場所 (名称)	
	住所	
	TEL	() —
待ち合わせ	時 間	(午前・午後) 時 分
	場 所	
内 容		
連 絡 事 項		

※派遣日の1週間前までに 申請してください。

※地図や内容の資料（プログラム等）があれば、一緒に送付してください。

※キャンセル・変更等が生じた場合は、至急、障害福祉課まで連絡してください。

申請先：明石市障害福祉課 FAX：078（918）5134
Eメール：syogai_haken01@city.akashi.lg.jp