

## 豊橋市手話通訳者派遣申請書

豊橋市長 様

下記のとおり手話通訳者の派遣を申請します。なお、派遣を行うために必要があるときは、下記の情報について、一般社団法人愛知県聴覚障害者協会に提供することに同意します。

記 申請日 年 月 日

氏名または団体名		F A X	—
住 所	豊橋市		
派遣年月日	年 月 日 ( 曜日)		
派遣予定時間	午前 午後	時 分	から 午前 午後 時 分
派遣場所(詳しく) ※地図等あれば添付してください		緊急時連絡先 (派遣場所の電話番号等)	—
通 訊 内 容 ※参考資料等あれば添付してください			
通 訊 者 と の 待ち合わせ場所			
通 訊 者 と の 待ち合わせ時間	午前 午後	時 分	聴覚障害者 の人数 人

↓ ここから下は、障害福祉課で記入しますので記入しないで下さい。 ↓

### 豊橋市手話通訳者派遣決定通知書

様

FAX番号( ) 決定日 年 月 日

上記の手話通訳者派遣申請を、下記のとおり決定いたしましたので、通知します。

記

派遣の決定	手話通訳者を 派遣できる	派遣できない
	派遣できない理由	
派遣月日 待ち合わせ時間	申請のとおり	変更あり ( 時 分)
通訳者氏名		
連絡事項		

☆通訳者との待ち合わせ時間を守ってください。

☆依頼日の都合が悪くなった場合は、必ず障害福祉課まで事前に連絡をしてください。

障害福祉課 FAX(56)6337・TEL(51)2346